GRIGORE OSIPOV-SINEȘTI

PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

concepție originală, de interpretare
și de tratament prin biostimulatori
de omoimplante din **„os-minerale”**

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

GRIGORE OSIPOV-SINEȘTI
Doctor în Științe medicale
Șeful Centrului de Parodontologie „Bucur"

PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

concepție originală, de interpretare și de tratament prin biostimulatori de omoimplante din **„os-minerale"**

Prefețe:

Prof. VALERIAN POPESCU (București)
Prof. P. CERNÉA (Paris)
Prof. I. SAENZ DE LA CALZADA (Madrid)
Prof. P. FRIEZ (Paris)

EDITURA MEDICALĂ — BUCUREȘTI, 1976

Scanned with OKEN Scanner

Patriei mele, România,
închin în semn de suprem omagiu,
aceste lucrări, care
înmănunchează o bună parte din gîndurile
mele, din truda, preocupările şi
emoţiile mele, desfăşurate cu un veşnic
şi neobosit efort, dăruit binelui şi
remedierii uneia din suferinţele
omeneşti.

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Versiunea românească a monografiei «La Parodontopathie essentielle» de Dr. Gr. Osipov-Sinești apărută în limba franceză la Ed. Maloine (Paris, 1971) vine să îmbogățească literatura noastră de specialitate într-o problemă de patologie de mare importanță pentru asistența stomatologică dar și de un deosebit interes științific. Într-adevăr parodontopatiile prezintă încă multe necunoscute, deși în ultimele decenii s-au făcut unele progrese în cunoașterea factorilor etiologici și a mecanismelor care deschid drumul unor mai adecvate și eficiente măsuri profilactice și metode terapeutice.

Dr. Osipov-Sinești și-a consacrat o mare parte din preocupările sale acestei probleme și a acumulat o bogată experiență clinică pe baza căreia elaborează o concepție etiopatogenică personală privind îmbolnăvirile parodonțiului. În cadrul acestora distinge o formă specială «parodontopatia esențială» — pe care o individualizează ca pe un sindrom bine conturat nosologic și în producerea căreia elementul de bază este terenul distrofiant — caracterizat printr-un complex de tulburări ce duc la diminuarea sau completa paralizie a potențialului de compensare și adaptare a organismului la ceea ce autorul denumește sugestiv «apatia vitală organică». Această concepție personală l-a condus pe Dr. Osipov-Sinești spre o terapeutică ce urmărește nu numai înlăturarea elementelor patologice locale, dar în același timp redresarea structurilor parodontale prin inducția fenomenelor de remineralizare, «de osteocondensație alveolară» și o «stimulare a funcțiilor încetinite sau alterate» ale organismului.

În acest scop folosește implantele de «os mineral» introduse în conducte forate în septurile interalveolare, asociind în unele cazuri, incluziuni din același material, în regiunile presternală și subrapubiană.

Scanned with OKEN Scanner

Prezentarea amplă a metodei, ilustrarea timpilor operatori prin scheme clare, documentarea clinică prin fotografii și radiografii, imprimă lucrării un caracter realist, practic, astfel încît poate fi efectiv folosită nu numai pentru documentația științifică în problemă a specialiștilor dar și ca un îndreptar tehnic pentru cei ce doresc să adopte metoda.

Rod al unei activități de peste 30 de ani, perioadă în care de la prima sa publicație în 1941, Dr. Osipov-Sinești și-a consolidat concepția și și-a perfecționat metoda, luptînd cu o inegalabilă perseverență pentru promovarea lor, lucrarea constituie o sinteză a ceea ce autorul a gîndit și realizat. Consider însă că în același timp ea poate oferi și o nouă bază de plecare pentru abordarea multelor necunoscute ce rămîn încă a fi elucidate în complexa problemă a parodontopatiilor.

Prof. Dr. Doc. VALERIAN POPESCU
Membru corespondent al Academiei R.S.R.
Membru titular al Academiei de Științe Medicale
Președinte al Asociației Stomatologice Internaționale

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

În acest volum Dr. Osipov-Sinești expune concepțiile sale în parodontologie; el arată că parodontopatiile simptomatice sînt provocate de cauze locale, spre deosebire de parodontopatia esențială — care evoluează sub influența factorilor generali, care predispun sau favorizează această „distrofie" evolutivă.

Dr. Osipov-Sinești arată rezultatele personale ale metodei sale de tratament cu ajutorul implantelor osoase.

Trebuie adus un omagiu Dr. Osipov-Sinești, mulțumindu-i de a fi publicat în limba franceză lucrările sale personale.

Prof. P. CERNÉA
PARIS

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Cu mare plăcere am acceptat să prefațez această carte, datorită marii competențe a Dr. Osipov-Sinești din București.

Cititorul va putea aprecia de la început că este vorba de o concepție personală a autorului asupra terapeuticii în parodontopatia esențială și pentru care propune o metodă personală și originală.

Noi cunoaștem de multă vreme principiile autorului pe care le-a făcut cunoscute în mediul nostru științific. Am verificat noi însine modificările și simplificările pe care le-a introdus în tehnica sa operatorie.

Într-o afecțiune atît de complexă cum este parodontopatia esențială determinată de factori de ordin general, terapeutica trebuie să fie în concordanță cu acești factori.

Nu este posibil la ora actuală să se susțină că această maladie ar fi provocată de cauze locale și că la nevoie, să se recurgă la tratamente locale.

De aceea cred că lucrarea Dr. Osipov-Sinești este o contribuție autentică și de prețuit, pentru acei care sînt interesați de tratamentul acestei boli, care în timpurile noastre a ajuns pentru om, un adevărat flagel.

Pr. I. SAENZ DE LA CALZADA
MADRID

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

La treizeci de ani de la prima comunicare, Dr. Osipov-Sinești ne dă o lucrare importantă, asupra concepției și metodei sale de tratament, în parodontopatia esențială.

Într-un studiu anterior asupra tratamentului în topirea alveolară cronică, consideram această metodă ca revoluționară, chiar temerară. De atunci, Osipov-Sinești a urmărit fără încetare, experimentarea și ameliorarea tehnicii sale. Oricare ar fi mecanismul țisular care intervine, în rezultatele publicate în această carte, putem constata, după imaginile radiologice, că această intervenție dă rezultate favorabile în majoritatea cazurilor.

Facem urarea ca această lucrare așa de minunat documentată și ilustrată să poată insufla dorința de a fi experimentată această metodă, pe o scară cît mai largă.

Prof. PIERRE FRIEZ
PARIS

Scanned with OKEN Scanner

Cîteva date autobiografice

Născut în comuna Sinești (Basarabia), fiu al unei familii de țărani agricultori.

Studii:

Cursul primar în satul natal
Cursul liceal la « Liceul Internat » din Iași
Studii universitare — Facultatea de Medicină din Iași

Concursuri:

Extern al Spit. Sf. Spiridon din Iași, reușit primul la concurs;
Intern al Spit. Sf. Spiridon din Iași, reușit primul la concurs;
Medic secundar de chirurgie generală al Clinicii I de Chirurgie, Fac. Medicină Iași, reușit primul la concurs;
Medic primar al Min. Sănătății, reușit primul la concurs;
Medic primar al Spit. Sf. Spiridon din Iași, ca șef al Centrului de Stomatologie și Chirurgie buco-maxilo-facială, reușit primul la concurs;
Premiat al Fac. de Medicină Iași, pentru cea mai bună școlaritate;
Șef al Centrului de Chirurgie buco-maxilo-facială, I.O.V.R. din Spit. 303.
Conferențiar de stomatologie la Fac. de Medicină Iași în anul de școlaritate 1938—1939.

Paralel cu activitatea profesională, am desfășurat o preocupare științifică complexă, care s-a materializat prin numeroase comunicări, lucrări și rapoarte, prezentate la diverse Congrese internaționale stomatologice și parodontologice — Budapesta (1964), Berlin-Vest (1966), Roma (1966), Paris (1969), Tokio (1968), R. F. Germană — Bad-Homburg (1969), cu care ocazii am arătat contribuția mea originală

Scanned with OKEN Scanner

în domeniul specialităților respective, care constituiau tematicile științifice ale acestor Congrese.

Printre aceste realizări originale, în afară de problema parodontopatiei esențiale materializată prin prezentul volum, apărut în versiune franceză la Editura Maloine din Paris, 1971, căreia i-am consacrat mai mult de 30 ani din activitatea mea, în egală măsură, am mai realizat cîteva lucrări și metode operatorii a căror originalitate îmi aparține **în exclusivitate.**

Acestea sînt:

— Concepția de interpretare și de realizare terapeutică printr-o metodă originală a «**Lichenului plan bucal**» forma sa ulcero-erozivă, lucrare care a fost prezentată în cadrul lucrărilor celui de al XXI Congres francez de stomatologie, oct. 1969 Paris;

— Tratamentul **leziunilor cronice peri-apicale** prin metoda diatermo-endo-cauterizării;

— **Fractura indirectă a mandibulei în zona canină,** descrisă ca o entitate anatomo-clinică aparte și bine definită;

— **Plastia restauratorie a buzei superioare** printr-o metodă operatorie originală;

— **Tratamentul fracturilor** și **pseudartrozelor** ramurii orizontale a mandibulei, **prin grefă osoasă** prelevată de pe clavicula de aceeași parte, prin dedublare;

— Ultimele trei lucrări menționate mai sus au constituit parte din materialul volumului „Éléments de Chirurgie bucco-maxillo-faciale" publicat în limba franceză de către Editura Medicală Română — mai 1972;

— Am realizat un film color care reprezintă concepția de interpretare și de rezolvare terapeutică a parodontopatiei esențiale, pe peliculă 16 mm cu durată de cca. 50 minute.

Ca activitate specială parodontologică menționez:

— 12 conferințe expuse în limba italiană în Italia la Reggio Emilia în martie 1967, prin care am prezentat in extenso, concepția mea asupra parodontopatiei esențiale;

— Una conferință în Italia la invitația A M D I Torinese asupra parodontopatiei esențiale, martie 1967;

— 4 conferințe expuse în limba franceză la Grenoble, completate cu demonstrații operatorii, televizate, asupra parodontopatiei esențiale, oct. 1968;

— Acțiune parodontologică la Universitatea din Madrid, prin 4 conferințe, demonstrații operatorii și masă rotundă cu discuții asupra problemelor parodontopatiei esențiale, prezentate în limba spaniolă, în oct. 1969;

— Demonstrații operatorii cu discuții asupra problemelor parodontopatiei esențiale, în Inst. de Stomatologie din Spit. Salpetrière-Pitié din Paris, în urma invitației Prof. Dr. Cernéa — Directorul Institutului.

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

Pag.

Prefețe 5
Cîteva date autobiografice 11
Introducere 17

PARTEA I

PRINCIPII BIOLOGICE, FIZIOLOGICE, ANATOMOCLINICE ȘI RADIOLOGICE ÎN SINDROMUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE

Parodontopatia esențială 21
Considerații generale 21
Concepția Parodentium și teoria Odonton-Parodont 23
Opinia noastră în această problemă 24
Patologia generală a parodontului 29
Stări parodontopatice 29
Fenomenele biologice, fiziologice și patologice generale ale organismului în sindromul parodontopatiei esențiale 33

Considerații etiopatogenice și biologice în sindromul parodontopatiei esențiale 36
Etiologia maladiei în concepția clasică localicistă buco-odontală 36
Etiopatogenia parodontopatiei esențiale în concepția personală de interpretare 38
Factorii predispozanți și favorizanți, factorii determinanți și factorii agravanți 38
Factorii predispozanți și favorizanți 39
Predispoziția terenului organic general și local în apariția proceselor evolutive parodontopatice 39
Activitatea neuro-vegetativă și rolul ei în parodontopatia esențială 41
Fenomenele dismetabolice generale și în particular, cele minerale.. 46

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Factorii ipotetici incriminați a avea rol determinant în stările parodontopatice esențiale 49
Factorii endogeni 49
Factorii exogeni 50
Factorii agravanți, locali sau buco-dentari 53
Fenomenele apatiei vitale organice 54
Unele considerații enzimologice 55
Unele considerații asupra mecanismului instalării și evoluției distrofiei parodontopatice esențiale 56
Predispoziția morfo-funcțională a alveolei odontale 57
Fenomenele disfuncționale organice generale 58

Considerații anatomopatologice și radiologice asupra distrofiei parodontopatice esențiale 60
Aspectele apioreice și pioreice. Stadiile evolutive 60
Unele aspecte radiografice ale distrofiei parodontopatice esențiale 69
Unele considerații de ordin patogenic asupra aspectului apioreic și asupra aspectului pioreic sau supurativ 75
Stadiile evolutive ale distrofiei parodontopatiei esențiale 82
Fișa parodontopatică, redactarea și graficul parodontopatic 92

Sindromul parodontopatiei esențiale și corelațiile sale cu alte sindroame patologice mai caracteristice 101
Corelații de concomitență patogenică 101
Corelații de concomitență prin dependență patologică 102
Corelațiile de concomitență prin coincidență 105

Parodontopatia esențială și factorul eredității patologice 107

PARTEA a II-a

PRINCIPII DE TRATAMENT ÎN SINDROMUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE

Tratamentul parodontopatiei esențiale 113
Principii generale 113
Asistența prin aplicarea unor măsuri de ordin general 115
Asistența medicală în parodontopatia esențială 117
Asistența medicală a stărilor patologice generale 118
Asistența medicală a stărilor patologice care evoluează concomitent cu parodontopatiile esențiale 118

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Asistența manifestărilor endocrinopatice 119
Terapeutica distrofiilor parodontopatice propriu-zise 122
Generalități 122
Pregătirea pacientului și a cavității sale bucale în vederea operației.. 125

Tratamentul chirurgical al parodontopatiei esențiale prin metoda operatorie personală 128
Primul timp al operației (timpul septic) 128
Actele operatorii ale primului timp 128
Timpul doi al operației (timpul aseptic) 135
Principiul chirurgical al împănării cu omo-implante de „os minerale".. 135
Evoluția plăgii operatorii în primele zile și îngrijirile postoperatorii imediate 139
Evoluția în primele două-trei săptămîni și accidentele post-operatorii.. 146
Evoluția în stadiul de convalescență (accidentele tardive) 149
Nevralgiile după operația pentru parodontopatie esențială 149
Accidentele de ordin supurativ 151
Accidentele de ordin fiziologic și structural 152
Considerații cu privire la stabilitatea și refixarea dinților 152
Ce trebuie să subînțelegem prin refixarea odontală? 153
Hipertrofia mucoasei gingivale 154
Tratamentul protetic 155
Echilibrul ocluzo-articular 155

Operațiile complementare ale chirurgiei locale gingivo-alveolare .. 157

Omo-implantele de „Os Minerale" în regiunile presternală și supra-pubiană 157
Tehnica operației de implantare presternală și suprapubiană 159
Implantarea presternală 159
Implantarea suprapubiană 164

Omo-implantele de „Os Minerale" mici și mari 172
Preparare și condiționare 172
Principiul bio-fiziologic de implantare a implantelor de „Os Minerale" în septurile inter-odontale 173
Procesul biologic al implantelor 175
Dovezile de asimilare a implantului de „Os-Minerale" 177
Elementul radiologic 177
Elementul biologic și clinic 177

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Dovada fixării substanţelor minerale în structura rarefiată a parodontului 178
Acţiunea remineralizantă şi de redresare a calcemiei, realizată cu ajutorul implantelor de „Os Minerale" 182

Indicaţiile, temporizarea şi contraindicaţiile metodei noastre operatorii 189
Problema stadiului evolutiv în care poate fi operată o parodontopatie esenţială 189
Aspectele care impun amînarea temporată a operaţiei 199
Situaţiile în care operaţiile pentru parodontopatia esenţială sînt contraindicate 200
Durata efectelor operaţiei în parodontopatia esenţială..... 202
Sublinierea celor mai importante obiective terapeutice pe care le realizează concepţia şi metoda operatorie 209

PARTEA a III-a

PROBLEMA ASISTENŢEI PROFILACTICE ÎN PARODONTOPATIA ESENŢIALĂ

Problema asistenţei profilactice în parodontopatia esenţială 217
Factorul medical 217
Factorul vieţii şi relaţiile ei cu fenomenele sociale, economice şi politice de mediu 220
Bibliografie 222

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Problema parodontopatiei esențiale, fiind o problemă complexă, a constituit în decursul anilor, în aproape toate țările cu o cultură medicală dezvoltată, obiectul a nenumărate rapoarte prezentate și discutate în cadrul Congreselor internaționale și naționale, cît și subiectul a nenumărate articole, monografii și manuale.

În prezentarea acestei probleme nu vom repeta considerațiunile din studiul acestor numeroase lucrări. Vom utiliza exclusiv numai unele date din literatura medicală pe care am avut posibilitatea să le consultăm — și pe care de altfel le-am citat, date deja admise de forurile științifice — și care vin să ilustreze ipotezele noastre, contribuind la confirmarea principiilor enunțate de noi.

Autorii care ar dori să completeze documentarea referitoare la parodontopatie — așa cum a fost prezentată după concepția clasică — pot folosi din punct de vedere etiopatogenic, clinic și terapeutic, următoarele lucrări: Monografia Profesorului Dr. Mathis „Die Sogennante Parodontose", ca și remarcabilele lucrări ale Profesorilor Doctori: M. Dechaume, Fröhlich (Tübingen), Gottlieb, Hülin, Cross (Londra), Chaput (Paris), Loss (Viena), A. Benagiano (Roma), Zerosi (Pavia), Boianov (Sofia), Kurleanski (Moscova), Entin (Leningrad), Louridis (Atena), Cerea (Torino) și alții.

Toate aceste lucrări au o valoare științifică documentară deosebită, descriind maladia, cu teoriile emise de aproape toți autorii care s-au ocupat de problema parodontopatiilor, sub diversele lor aspecte.

În lucrarea de față, sprijinindu-ne pe observațiile și experiențele efectuate pe o durată mai mare chiar decît un sfert de secol, sîntem preocupați să concretizăm, pe un număr de cîteva mii de cazuri, sistematizarea preocupărilor și ideilor noastre, și să formulăm concepția noastră de interpretare a manifestărilor anatomoclinice, a fenomenelor etiopatogenice, biofiziopatologice, ca și a aspectelor radiologice și histopatologice ale parodontopatiei esențiale, și mai ales formularea după această concepție, a principiilor metodei operatorii pentru remedierea distrucțiilor și degradărilor structurale datorite acestei maladii în cursul evoluției sale, ajungînd pînă la dezastrele edentației totale cu consecințele respective.

Dacă la început această concepție se sprijinea mai mult pe ipoteze de ordin științific, biofiziopatologic, inspirate din fiziopatologia clinică și chirurgicală a sistemului

Scanned with OKEN Scanner

osos, inspirat după lucrările lui Leriche și Policard, astăzi, după atîția ani de experimentare și aplicare practică, aceste ipoteze sînt confirmate de rezultatele „probei terapeutice", obținute pe cîteva mii de cazuri — care au fost urmărite zi de zi, timp îndelungat.

Dacă pe parcursul expunerii considerațiunilor asupra problemei parodontopatiei esențiale, insistăm uneori prea mult sau repetăm unele afirmații, dorim ca aceste aspecte să fie considerate nu ca o neglijență de stil, ci ca o intenție de a sublinia unele elemente ale problemei care ne preocupă și care sînt interpretate după concepția noastră.

Prezentînd această lucrare, ne adresăm tuturor celor preocupați de problema parodontopatiei esențiale, — avînd în același timp și o specializare chirurgicală, — că am dori ca conținutul acestei lucrări să nu fie numai obiectul unor discuții analitice sau critice, cu scop de minimalizare sau denigrare, ci un stimulent și un element de orientare clară, atît pentru interpretarea complexului morbid cît și, mai ales, pentru aplicarea riguroasă a principiilor noastre în ceea ce privește asistența terapeutică a acestei maladii.

Avînd în vedere frecvența și gravitatea sa, parodontopatia esențială devine din ce în ce mai mult un adevărat flagel social. Cînd condițiile de viață și de activitate depășesc potențialul de compensare și adaptare a organismului, acestea devin circumstanțe care cu siguranță favorizează apariția și evoluția acestei maladii într-o proporție atingînd cifre îngrijorătoare, ceea ce face ca problema asistenței terapeutice să devină o preocupare de mare importanță.

Procedînd după modul de asistență pe care-l expunem în această lucrare, rezultatele metodei pe care o aplicăm sînt cu totul satisfăcătoare. Cînd toți cei care vor încerca această metodă vor obține aceleași rezultate și aceleași succese pe care le-am realizat noi, vom avea convingerea că metoda noastră poate fi considerată nu numai ca o încercare, ci ca un moment hotărîtor în soluționarea problemei asistenței acestui sindrom.

În cadrul celui de al XII-lea Congres francez de Stomatologie, Prof. Dr. Pierre Friez, în raportul său intitulat „Tratamentul pioreelor" prezentat în Congres, consideră aportul nostru la problema parodontopatiei, ca o „metodă revoluționară" (Revue de Stomatologie Nr. 1, 1951, p. 565)... în 1941, „un autor român, Osipov-Sinești, introduce în terapeutica chirurgicală a pioreelor, o metodă concepută pe baze noi... Metodă revoluționară, necunoscută în Franța, cît despre realizarea sa practică, merită să fie studiată cu toată obiectivitatea, însă sub cele mai prudente rezerve"; p. 577 „...intervenție cu totul revoluționară, se inspiră pe principii cu totul deosebite și e fondată mai ales pe lucrările lui Leriche și Policard — pe fiziopatologia osoasă generală"...

Chiar dacă raportul manifestă o rezervă, mulțumim colegului nostru Prof. Dr. Pierre Friez, pentru aprecierile sale, și am dori ca expresia pe care a formulat-o de „metodă revoluționară" să devină o realitate aplicată în practică, de către toți chirurgii stomatologi, în scopul de a alina una din suferințele umane.

Dr. GRIG. OSIPOV-SINEȘTI

București, octombrie, 1968

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA I

Principii biologice, fiziologice, anatomoclinice și radiologice

ÎN

SINDROMUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE

Scanned with OKEN Scanner

PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

Considerații generale

Organismul omenesc, în decursul evoluției sale, trăiește tot timpul sub influența unor multipli factori care-și exercită acțiuni variate asupra lui. Din cauza acestora, el este supus continuu unor fluctuații atît fiziologice cît și structurale caracterizate prin manifestări — după natura și gradul lor de acțiune — uneori mai discrete, fiind mult timp nemanifeste, alteori însă cu tulburări evidente, precedate sau urmate de leziuni profunde, care îmbracă din punct de vedere patologic caractere definite și deseori foarte grave.

Cînd asemenea fenomene, sub raportul stadiului de evoluție permit să fie corectate în mod automat de către eforturile vitale de compensări funcționale și structurale ale organismului, așa cum de altfel se întîmplă în organismele conformate normal și cu funcțiuni echilibrate, — urmele lor dispar fără a lăsa nici cea mai mică leziune în integritatea structurală și funcțională a vreunui organ sau sistem organic. Dacă însă, datorită fie intensității de apariție și gravității de manifestare a acestor fenomene, dependente de factorii care le determină și le întrețin, fie lipsei de reacție a organismului sau reacției insuficiente față de asemenea perturbări apărute în structura sa, exprimate prin eforturi insuficiente de compensare, de acomodare și eventuală restaurare, precum și lipsei de intervenție la timp a terapeuticii medicale în asemenea împrejurări, spre a ajuta organismul ca să le combată și să facă ca leziunea respectivă care a apărut să dispară, ele vor duce, ca o consecință inerentă, la manifestări patologice bine definite atît din punct de vedere anatomoclinic ca și fiziopatologic.

Hans Selye încadrează fenomenele premergătoare manifestărilor patologice într-un sindrom — **sindromul de alarmă, de reacțiune** și **adaptare generală a organismului.** Astfel, față de **acțiunea agresivă sau nocivă** care se exercită asupra orga-

Scanned with OKEN Scanner

nismului, în mod normal se produce următorul fenomen: unei faze de șoc provocate de factorul nociv incitator îi urmează o fază de contrașoc, adică de reacție, care apoi este urmată de o fază de rezistență. Dacă acțiunea incitatorie persistă prea îndelungat și cu o intensitate accentuată, organismul ajunge în stadiul de **epuizare,** cînd nu mai este capabil să manifeste **nici un efort de compensare și de redresare.** El cedează și dă loc la tot felul de manifestări patologice care prin evoluția și forma lor vor contura diverse sindroame, fie că acestea vor fi numai disfuncționale, fie alteori mai complexe și mai grave, ca cele de tipul proceselor organice.

În complexul proceselor patologice generale ale organismului se distinge un ansamblu de manifestări biochimice, funcționale și structurale deosebit de caracteristice, care prin epoca de apariție și evoluție organică, ca și de manifestare vor defini tabloul anatomoclinic al **maladiilor distrofice.**

Maladiile distrofice, precedate și apoi însoțite și mai ales urmate de modificări biochimice și perturbări fiziostructurale, fie că sînt de ordin **resorbtiv** sau **osteolitic** atunci cînd ele interesează sistemul structural scheletic, fie că sînt de ordin **fibro-sclerozant** sau **neohiperplazic,** cînd interesează unul din țesuturile moi sau și cel osos, sînt considerate în general drept consecințe ale unor fenomene cu totul particulare de disfuncțiuni și degradări organice, caracterizînd în special epoca finală a vieții, adică epoca terminală a evoluției organice, epoca de oboseală, de uzură, de îmbătrînire a organismului, **adică bătrînețea.**

În cadrul acestor maladii de ordin distrofic, sînt unele însă care dacă în **epoca bătrîneții** se prezintă ca **manifestări de evoluție fiziologice firești și inevitabile,** de distrofii osteoporotice sau osteolitice, scleroze etc., determinate de numărul mare al anilor ca și de condițiile de viață organică, socială și economică, în care au trăit asemenea organisme, în altă epocă, în **epoca maturității structurale și funcționale a organismului** aceleași disfuncții și distrofii structurale fie că vor fi mai evidente sau mai discrete, ele se vor prezenta de astă dată ca **manifestări patologice,** concretizînd definit diverse tablouri **morbide de tip presenil,** adică stări ale unei îmbătrîniri organice prea timpurii.

În această categorie și sub acest aspect considerăm că trebuie să privim și să încadrăm și tabloul anatomoclinic al sindromului **parodontopatiei esențiale,** care, așa cum vom vedea în diversele capitole ale acestei lucrări, nu este decît un capitol din complexul maladiilor disfuncționale și distrofice ale organismului.

Scanned with OKEN Scanner

Concepția Paradentium și teoria Odonton-Parodont

Denumiri

Acum aproape 200 de ani, Fauchard atrage atenția asupra unui aspect scorbutic al gingiilor. Această manifestare supurativă el o denumește **stare pioreică — pioree gingivo-alveolară.**

Denumirea aceasta se pare că față de acea epocă — 1778 — era mai ales simptomatică, ea definind o maladie după unele aspecte simptomatice în aparență caracteristice: congestie marginală a gingiilor ca și a proceselor gingivale, fragilitatea și sîngerarea la cea mai mică atingere a gingiilor, precum și apariția și dezvoltarea în fundurile de sac gingivo-odontale a unor pungi pioreice, procese evolutive mai lente sau mai brutale, din care cauză urmează o deșosare sau dezgolire a dinților, mobilitatea și apoi căderea lor rînd pe rînd.

Școala franceză ce urmează lui Fauchard, din respect față de tradiția creată de el, în decursul anilor, aprofundînd studiul maladiei, deși au constatat leziuni mai caracteristice, totuși dacă au modificat ceva în denumire, nu s-au îndepărtat prea mult de noțiunea pioreică. Astfel, Fargin-Fayolle ca și Rousseau-Decelle propun maladiei termenul **polyalvéolyse,** care apoi este folosit de aproape toți stomatologii și în special de cei francezi.

La 1930 Școala germană, în fruntea căreia se situează Prof. Dr. Weski, — care pe baza unor studii anatomopatologice asupra complexului de elemente care, în ansamblul lor, constituie organul de susținere a dintelui, reușește să contureze o entitate morfofuncțională formată din **mucoasa gingivală cu procesele sale, osul alveolar, ligamentele gingivoalveolodentare și cimentul dentar.** Această conformație anatomotopografică o numește « **paradentium** » susținînd-o în cadrul Congresului de stomatologie de la Paris din anul 1931. Apoi plecînd de la această noțiune, denumește **„paradentoză"** orice proces patologic care interesează paradentium-ul în sens „distrofo-atrofic", atunci cînd el este simplu, adică fără intervenția elementului supurativ, și **„paradentită"** cînd se supraadaugă procesului distrofiant și supurația, ca o manifestare pioreică cronică marginală.

Această definire și sistematizare în patologia paradențiului a fost ratificată în 1938, de către o comisie a paradentozei (Die Paradentose des Deutschen Dozenten für Zahnheilkunde). Între aceste două forme tipice de manifestare a distrofiei paradentare, se încadrează alte forme clinice pe care, autori ca Wesky, Gottlieb și alții le-au întîlnit și descris în cadrul acestei maladii, creînd și descriind sindromul sub diversele sale aspecte nenumărate și sub alte denumiri.

Scanned with OKEN Scanner

Dar de prin 1940 apare încă o concepție atît de etichetare cît și de interpretare asupra acestei probleme și anume **teoria Odontonului** a Școlii americane, în frunte cu Graaff, însușită și susținută ulterior, din anumite puncte de vedere de exponenți paradentologi europeni ca Held și Jaccard.

Graaff, prin analiza fenomenelor embriogenetice și morfogenetice, determinate de diferențierile prin solicitări specifice primare ontogenetice ale țesutului conjunctiv mezoblastic față de solicitarea incitației genetice a mugurelui ectoblastic devenit în formă de clopot, care (după Hulin) la rîndul lui provoacă un potențial biologic de germinare activă din partea papilei mezoblastice, a ajuns la concepția că ansamblul acestor fenomene duce la constituirea unui complex morfofuncțional **unicist.** Această conformație provenită genetic din țesutul ectoblastic și mezoblastic, în opoziție cu denumirea dată de Weski o denumește **Odonton,** adică printr-o noțiune ce derivă din grecescul **odous-odontos.** Prin această denumire s-ar subînțelege o conformație morfofuncțională, deși complexă genetic, însă **unică,** adică nescindabilă în preocupările de studiu și analiză, fiind constituită prin derivare embriogenetică epitelioconjunctivă din: **mucoasa gingivală** cu procesele sale, **osul alveolar, cimentul** și **ligamentul gingivoalveolodentar,** adică masă tisulară complexă care are în mijlocul ei ca un **nucleu** dintele respectiv.

Ulterior Held, ca și Jaccard, prin contribuția lor, au scindat concepția odontonului în sensul următor: ei consideră **dintele** provenind morfogenetic din îmbinarea ectomezoblastică ca un « **nucleu dentar** » pe care teoretic îl izolează denumindu-l **endonton** sau **endodont;** restul de țesuturi care derivă din masa mezoblastică, care la începutul evoluției genetice înconjură foliculul odontal ca și membrana foliculului care va crea mai tîrziu cimentul rădăcinii odontale, le numesc **parodont,** subînțelegînd prin această noțiune: **gingia cu procesele ei, osul alveolar, ligamentul gingivo-alveolo-odontal, precum și cimentul odontal.** Deci, prin concepția structurală, și teoria odontonului este identică cu concepția lui Weski.

Opinia noastră în această problemă

Dacă facem o succintă incursiune în fenomenele odontogenezei, ne dăm seama că locul odontonului trebuie să fie altul. Așa cum arată figurile 1, 2, 3, 4, 5 și 6 în care schițăm etape din embrio-odontogeneză, vedem că **odontonul** nu reprezintă decît o etapă în problema evoluției dentogenezei și nu constituie nici anatomo-topografic și nici clinic o entitate monolitică nescindabilă în preocupările studierii sale sub diverse aspecte.

În adevăr, dacă pînă la un moment dat mugurele odontal nu poate fi conceput, analizat și studiat separat de masa tisulară perifoliculară, ca și invers, o dată ce

Scanned with OKEN Scanner

masa conformației structurale embrioblastice a mugurelui odontal ca și a țesuturilor perifoliculare, prin evoluția odontogenetică, **prin diferențieri solicitate de legile filogenetice și ontogenetice** se maturează și își conturează definit fiecare con-

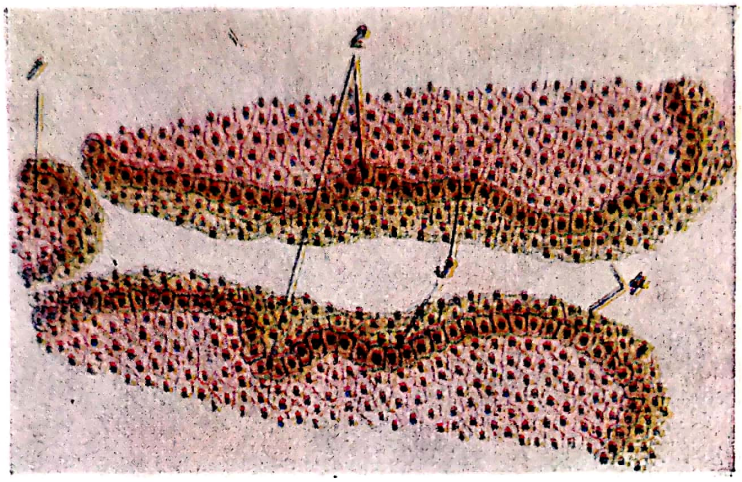


Fig. 1 — Secțiune prin stomodeum a 35-a zi de viață fetală. Debutul formării lamei odontale prin procesul proliferativ al ectoblastului în mezoblast (după S. Palazzi).
1 — limba; 2 — creasta mugurilor odontali; 3 — șanț vestibular; 4 — proeminențe labiale.

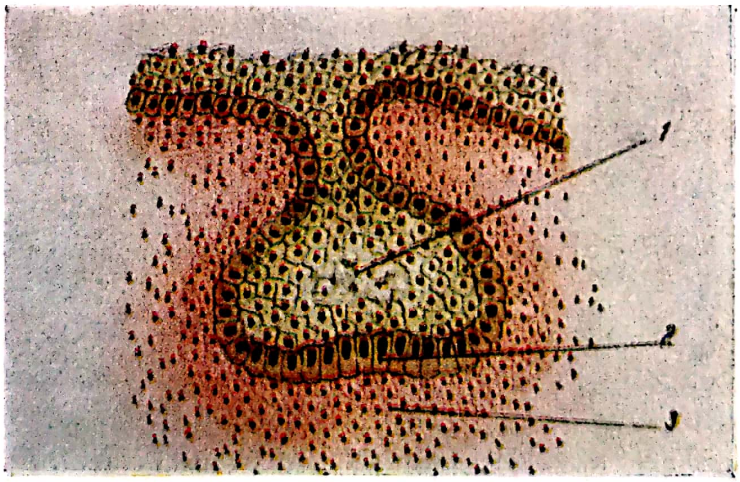


Fig. 2 — Papile odontale în evoluție genetică (inspirată după Palazzi-Anghelescu).
1 — pulpa smalțului; 2 — adamantoplaste; 3 — mezoplaste.

formația morfofuncțională anatomotopografică, mugurele devine **elementul odontal** iar celelalte elemente constituie organul **paradentar, respectiv paradentium sau parodontiul.** Aceste conformații structurale o dată definite, deși cu funcții depen-

Scanned with OKEN Scanner

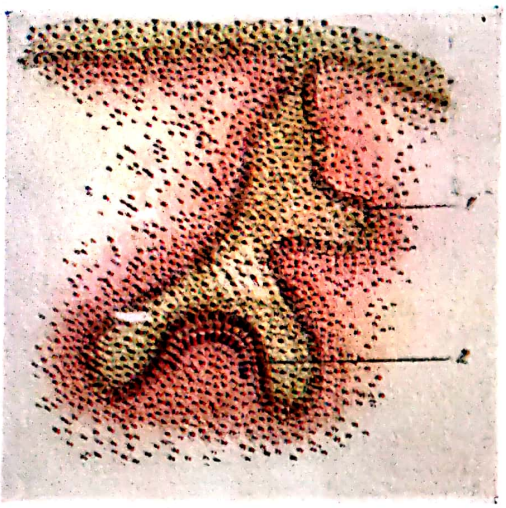


Fig. 3 — Mugure odontal în evoluție spre definirea foliculului odontal (după Anghelescu).

1 — mugurii dentiției permanente; **2** — odontoplaste.

Fig. 4 — Foliculul odontal în stadiul de debut al definirii genetice a elementelor structurale (inspirat după Palazzi-Anghelescu).

1 — pulpa smalțului; **2** — stratul extern al smalțului; **3** — adamantoplaste; **4** — smalț; **5** — pulpa odontală; **6** — predentină și dentină; **7** — gubernaculum dentis.

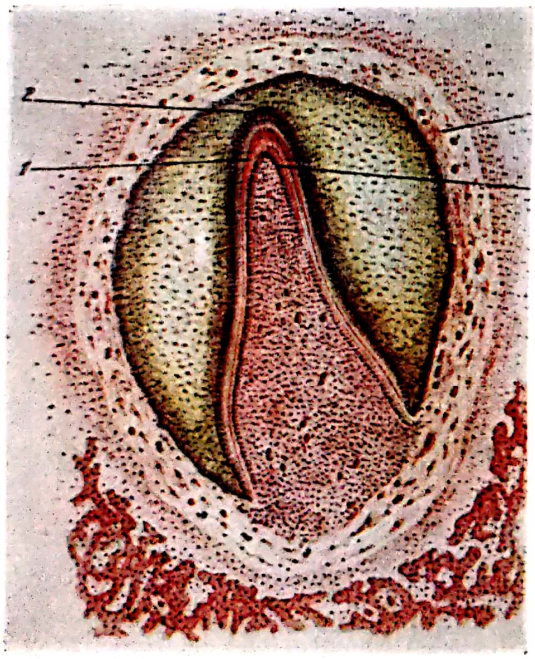


Fig. 5 — Folicul odontal în plină evoluție; stadiu odonton (după Palazzi-Anghelescu.)

1 — dentina și predentina; **2** — strat adamantoplastic; **3** — capsula foliculului odontal; **4** — strat odontoplastic.

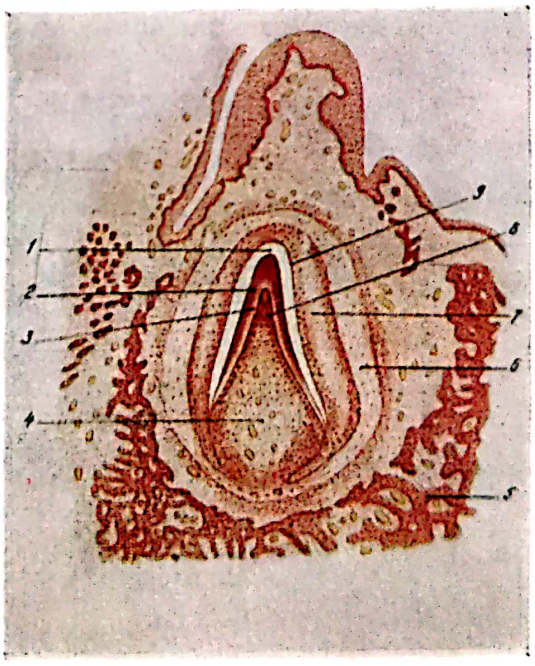


Fig. 6 — Secțiune în masa mandibulară; făt de 6 1/2 luni; stadiu odonton (după Kurt-Goerttler).

1 — smalțul; **2** — dentina; **3** — predentina; **4** — pulpa; **5** — osul mandibular; **6** — capsula foliculului odontal; **7** — pulpa smalțului; **8** — odontoplaste; **9** — adamantoplaste.

Scanned with OKEN Scanner

dente între ele, la fiecare le vor corespunde, sub aspect anatomopatologic și clinic, manifestări patologice în strînsă legătură cu specificul fiecărei structuri. Așa cum organul odontal își va avea patologia sa, sub diversele aspecte de manifestare, tot așa și paradențiul sau parodontul va avea o patologie corespunzătoare elementelor sale structurale, chiar și atunci cînd această patologie va fi provocată sau subordonată patologiei odontale.

Congresul al XVIII-lea Internațional ARPA, care a avut loc în mai 1966 în Berlin-Vest marchează în activitatea noastră începutul unei etape de mare importanță și hotărîre sub un anumit aspect.

Pînă la acest mare Congres, pe considerațiunile arătate, după concepția lui Weski, am folosit în activitatea noastră, atît noțiunea de paradentium ca și terminologia patologică ce derivă de la acest element morfologic « **paradentopatia** », bineînțeles aducîndu-i corectivul impus de realitățile embriologice, histologice, ca și anatomo-clinice, relativ la **excluderea cimentului odontal din conformația acestui organ.**

Dar după acest Congres, în cadrul căruia **am prezentat pentru prima dată concepția de interpretare și rezolvarea terapeutică prin metoda operatorie creată de mine,** am renunțat la această terminologie, deoarece am constatat că aproape toți congresiștii foloseau denumirile de „parodont și parodontopatie", nomenclatură care fusese hotărîtă de ARPA, cu ocazia unor discuții în alte congrese anterioare. Această renunțare am acceptat-o și în urma prezentării concepției atît la Congresul Internațional de Stomatologie de la Roma în octombrie 1966 ca și în urma desfășurării unui ciclu de 13 conferințe în Italia în martie 1967, în fața unui grup de 43 medici și profesori stomatologi, la solicitarea directorului Institutului odonto-stomatologic, Prof. Dr. Bertolini — din Reggio-Emilia, unde la colocviul care a urmat conferințelor, toți participanții foloseau aceeași terminologie: „parodont și parodontopatie", deci ca și la Congresul de la Berlin.

Am înțeles ca de la această dată să renunțăm la terminologia folosită în toată activitatea noastră, în loc de denumirea « paradentium » (Weski) și « paradentopathia » (Palazzi) să adopt noțiunile „parodont" și „parodontopatia esențială" și prin faptul că această terminologie din punct de vedere etimologic nu contravine cu nimic fondul problemei. De asemenea și această denumire, ca și cea după Weski, nu exprimă decît sensul și înțelesul acelorași elemente și manifestări ale aceleiași maladii esențiale, care este **parodontopatia esențială,** sub toate aspectele ei de manifestare, aceasta făcîndu-se bineînțeles și cu corectivul morfopatologic corespunzător. Căci morfostructural, deși mai toți parodontologii concep, prin acest organ de susținere al dintelui, ansamblul de țesuturi paradentare, constituit de gingie, osul alveolar, ligamentele gingivo-alveolo-odontale **inclusiv și cimentul rădăcinii odontale,** ne permitem să avem un punct de vedere în parte rectificat.

Scanned with OKEN Scanner

Prin parodont considerăm că trebuie să concepem, **în primul rînd,** o entitate anatomohistofiziologică (fig. 7, 7a) bine conturată, care se află dispusă înșiruit în arcade împreună cu nișele alveolo-odontale, sub forma unui relief gingivomaxilo-

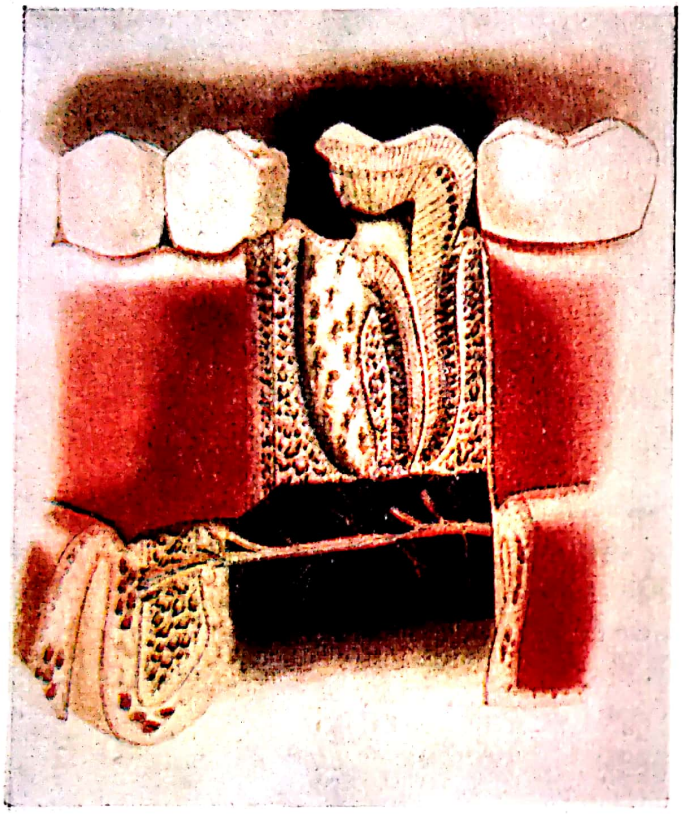


Fig. 7 — Parodontium, aspectul secțiunilor sagitale și frontale.

Fig. 7a — Parodontium, raporturi structurale.

mandibular pe marginile bucale ale acestor oase. Această entitate, împreună cu elementele odontale și cu țesuturile moi bucofaciolabiale, contribuie la definirea conformației și configurației maxilofaciale, caracteristică speciei umane. De asemenea, prin structura sa complexă, creată de **legile diferențierilor, prin solicitări specifice embrio-histofuncționale ale filogeniei și apoi ale ontogeniei,** acest organ are rolul să asigure stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale, implîntate prin fenomenul dentogenezei în nișele alveolare și menținute în aceste nișe prin ligamentele gingivo-alveolo-odontale.

În al **doilea rînd** însă, asupra includerii cimentului în conformația parodonțiului, sîntem total de altă părere.

Noi considerăm cimentul ca fiind un strat de înveliș al dentinei rădăcinii odontale așa cum smaltul învelește dentina coronară. Și sub acest aspect embriologic și histo-

logic sînt elemente suficiente care demonstrează că cimentul face parte integrantă indiscutabilă din structura dentară în segmentul lui radicular, necesar și inserției ligamentelor gingivoalveoloodontale, deci **nu ține de structura conformației parodontului.** Dacă în prima lui fază embrioodontogenetică, cimentul derivă din **membrana mezoblastică a foliculului odontal,** prin fenomenul genetic însă, cimentul este concrescut și se mineralizează pe conturul dentinei radiculare, pe care rămîne și după deșosarea rădăcinii de țesuturile para- și peridentare, **iar în actul avulziei însoțește dintele și nu rămîne atașat la paradentium sau parodont, așa cum ar trebui să se producă dacă el ar aparține conformației lui,** așa cum susțin autorii.

De aceea în vederea unei **nomenclaturi în concordanță cu realitățile embriomorfologice și funcționale** pentru ca să nu se mai dea loc unor interpretări neconcludente, adoptăm noțiunea de parodont, prin care, **pe considerațiile arătate mai sus, se subînțelege un ansamblu de elemente structurale moi și osoase parodontale constituite din mucoasa gingivală, osul alveolar și ligamentele gingivo-alveolo-odontale,** țesuturi care de altfel, într-o formă mai mare sau mai redusă, rămîn pe rebordul crestei maxilomandibulare și după expulzarea elementelor odontale, ceea ce nu se întîmplă cu cimentul odontal care este sudat sau concrescut cu dentina segmentului radicular.

În acest mod apoi, pe bază de desinențe, îi consacrăm noțiuni ca paradontopatia, parodontopatie esențială, denumiri care etichetează stările anatomoclinice, disfuncționale ca și cele agravate prin leziuni organice, care survin pe socoteala unora din structurile respective și pe care le vom expune mai jos.

Patologia generală a parodontului

Stări parodontopatice

Conformația parodontului, ca orice structură funcțională organică, ca o consecință a mediului și modului de viață și de activitate, este expusă direct sau indirect acțiunii diverșilor factori etiopatogenici, care îi vor provoca multe și foarte variate stări anormale, care vor perturba mai întîi funcțional, apoi prin dăinuirea lor în timp sau agravarea intensității acțiunii lor nocive, vor leza organic structura acestei conformații, dînd loc la diverse manifestări patologice, care în ansamblul lor, din punct de vedere biologic, anatomoclinic și radiologic, vor constitui **patologia parodontului** sub multiplele sale aspecte, denumindu-le cu noțiunea de **parodontopatie.**

Dar cum **cauzele** (sau **factorii**) acestor procese patologice de la nivelul parodontului sînt multiple și variate atît ca proveniență și calitate cît și ca acțiune și durată, desigur că și procesele patologice provocate vor avea caractere de manifestare

Scanned with OKEN Scanner

anatomoclinice tot atît de variate și cu tot atîtea aspecte. De aceea, în raport cu **factorii etiopatogenici,** unii din ei cunoscuți, alții bănuiți, ca și cu **aspectele de manifestări anatomoclinice** ale proceselor patologice apărute, și care evoluează în parodont, de la sine se impune să sistematizăm **polimorfismul parodontopatic în trei mari categorii parodontopatice,** bine distincte între ele și care în ansamblul lor caracterizează patologia parodontului.

CLASIFICAREA PARODONTOPATIILOR

A. PARODONTOPATII CU ASPECTE TUMORALE:

BENIGNE gen: epulis, angiomatos, fibromatos, osteomatos etc. și
MALIGNE gen: epiteliomatos și sarcomatos

B. PARODONTOPATII SECUNDARE prin **CAUZE DEFINITE, SIMPTOMATICE:**

GINGIVITE BANALE — inflamatorii, toxiinflamatorii, diabetice, gravidice, prin iritații tartrice etc.
LEZIUNI GINGIVO-ALVEOLARE sau ULCERANTE prin coroane sau proteze defectuos executate sau aplicate etc.
OSTEITE, ALVEOLITE și PERIODONTITE prin microtraumatisme funcționale și traumatice etc.

C. PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

Sindrom anatomoclinic și radiologic
Aspectul APIOREIC și
Aspectul PIOREIC
Localizate sau Generalizate etc.

Aceste categorii sînt caracterizate:

A. **Parodontopatii neohiperplazice,** caracterizate prin hipertrofia și hiperplazia unuia sau a unora din elementele structurale parodontale, în care se încadrează toate procesele de neoformație tumorale sau chistice, începînd cu cele benigne, ca epulisurile, angioamele, fibroamele, osteoamele, chisturile etc. pînă la tumorile cu malignitatea sarcoamelor și a epitelioamelor, înaintate de extinderea lor invadantă spre masa oaselor maxilomandibulare ca și a regiunilor vecine. Asemenea manifestări anatomoclinice se vor denumi **paradontopatii tumorale** benigne sau maligne, chistice, epuloidice, angiomatoase, fibromatoase etc., categorie care reprezintă un vast capitol al preocupărilor chirurgiei bucomaxilofaciale.

B. **Parodontopatii secundare sau simptomatice de cauze definite,** adică parodontopatii care au o strînsă corelație de cauzalitate și de dependență cu factorul care le provoacă, el fiind deci și cunoscut, cum sînt: ulcerațiile mucoasei gingivale prin eroziuni sau accidente traumatice, inflamațiile

Scanned with OKEN Scanner

mucoasei gingivale de natură toxică, toxiinflamatorie, bismutice, mercurice, saturnine etc., inflamații prin iritațiile produse de tartrul subgingival, gingivite gravidice, diabetice etc., tot felul de supurații locale sau consecințe ale unor traumatisme care au interesat integritatea structurală a parodontului sau complicații ale unor supurații provenite de la distrucțiile odontale ajunse în stadiile de granuloame fistulizate, periodontite localizate sau extinse, osteite alveolare etc. Asemenea manifestări se vor denumi **parodontopatii gingivale, parodontopatii osteitice** etc. și a treia categorie este:

C. **Parodontopatia esențială,** adică o manifestare parodontopatică cu **aspecte cu totul particulare,** care nu se poate încadra în nici una din categoriile de mai sus și care prin modul ei de apariție, evoluție și manifestare nu o putem atribui vreunui factor etiopatogenic definit. Noțiunea de **„esențială"** care completează denumirea stării maladive are rostul să arate tocmai această particularitate a maladiei atît ca manifestare anatomoclinică cît și asupra modalității apariției ei sub aspect etiopatogenic.

Pe considerațiile că această manifestare parodontopatică esențială, căci de aici încolo numai de această maladie ne vom preocupa, deoarece celelalte două categorii aparțin — prima chirurgiei bucomaxilofaciale și cea de a doua preocupărilor stomatologiei generale, prin aspectele ei de manifestare, prin leziunile pe care le prezintă în evoluția ei, prin problema patogeniei ei atît de controversată și foarte disputată, ca și prin tratamentul cu totul aparte pe care-l solicită, deși aparent s-ar prezenta printr-un tablou patologic complex, totuși avînd caractere simptomatice bine definite ne face să privim aceste manifestări ca o entitate patologică a organismului, într-un mod ceva mai aparte. Dat fiind că **noțiunea sindrom,** prin definiția sa, reprezintă un grup de simptome cu cauze esențiale care se corelează între ele, definind prin elemente concrete un tablou patologic al organismului, ne-a făcut să privim și aceste manifestări ca un **sindrom al parodontopatiei esențiale** bine conturat din punct de vedere anatomoclinic, radiologic și biologic. În acest mod această încadrare nosologică a maladiei într-un sindrom patologic ne dă posibilitatea ca și sub aspect nosologic, printr-o sistematizare clară și precisă a elementelor care o caracterizează, **să o studiem, să o analizăm în toate detaliile ei de manifestare anatomopatologice și clinice** și apoi **să o tratăm după criterii și principii corespunzătoare** întocmai ca pe oricare sindrom al patologiei generale a organismului.

În acest mod privim, denumim și încadrăm acest complex patologic esențial, modalitate care ne demonstrează, în **opoziție cu teoriile concepției clasice « localiciste »,** cît de simplu pot fi interpretate și sistematizate multiplele și variatele sale aspecte de manifestare din complexitatea de teorii, principii și denumiri create și atribuite acestei maladii, deseori în mod mai mult convențional decît real, dintre

Scanned with OKEN Scanner

care unele mai dăinuie și astăzi în dezbaterile diverselor reuniuni stomatologice. Pentru a ilustra această afirmație vom căuta numai, prin exemplul denumirilor, să enunțăm mai jos cîteva titulaturi date, fără a le discuta valoarea științifică sau practică și nici elementele concepției respective pe care ele se bazează:

— pioree alveolară, denumire dată de Fauchard, pioree gingivo-alveolară, poli-alveoliză — Decelle, Rousseau —, paradentoză și paradentită — Weski, paradentoză senilă, juvenilă și pioreică sau criptulică — Hulin (nomenclatură propusă celui de al XI-lea Congres ARPA — internațional), parodontită, parodontopatie, atrofie difuză a osului alveolar — Gottlieb, periodentozis — Orban, amfodontoză, desmo-dontoză etc. iar Enghermend în 1949 (citat de Dr. L. Solas în lucrarea sa „La nomenclature ARPA") impresionat de varietatea atît de mare a acestor nomen-claturi, printr-o lucrare a sa reușește să adune peste 150 de titluri atribuite acestei maladii.

Vedem deci cît convenționalism dăinuie, aceasta numai în materie de denumiri, fără să mai vorbim de cele de ordin etiopatogenic, de cele asupra interpretărilor anatomoclinice ca și despre cele referitoare la atitudinile terapeutice ale acestei maladii.

În adevăr, citatul lui Hulin din raportul său, luat după Spinoza, care spunea că « cele mai multe erori constau în denumirile inexacte pe care le aplicăm faptelor, din care cauză nasc cea mai mare parte a discuțiilor » în nici un alt domeniu nu-și are valoarea aplicării sale ca în materia obiectului acestei maladii, în care de-a lungul anilor, așa cum am arătat, au fost emise nomenclaturi și teorii susținute și unele din ele acceptate, în mod convențional, numai pe considerentul de a se ajunge la un compromis.

Totuși și titulatura dată de Fauchard, care la vremea lui nu dispunea de atîtea mijloace de investigație, explorare și diagnostic ca noi, ca și celelalte denumiri atri-buite ulterior de alți autori și care se referă mai mult la elemente simptomatice decît la un complex patologic, nu trebuie minimalizate în importanța lor. Ele sînt premergătoare noilor orizonturi în această problemă, pentru care trebuie să acordăm toată considerația autorilor lor.

*

Concepînd interpretarea problemei prin prisma unui tablou anatomoclinic în sensul unui **sindrom al parodontopatiei esențiale** considerăm că în acest fel reușim să realizăm o deosebit de importantă **sistematizare a unei stări patologice** atît de complexe în manifestări care de data aceasta își definește în mod concludent, în cadrul acestui sindrom, atît criteriul de nomenclatură ca și încadrarea nosologică.

Scanned with OKEN Scanner

În cadrul acestui sindrom se găsesc cuprinse toate formele de manifestare ale maladiei. Diversitatea aspectelor sub care întîlnim această maladie se datorește numai multiplelor elemente sub care se manifestă ea atît în debut ca și în evoluție și care sînt în strînsă corelație patogenică cu natura biologică a terenului organic în general și în special a parodontului ca și cu natura factorului etiopatogenic care ar acționa incitator asupra acestor organisme prin calitatea lor, ca și prin durata și intensitatea acestor acțiuni.

Acestor elemente de manifestare ca și diverselor stadii evolutive în care am surprins maladia, se datoresc aspectele anatomoclinice atît de variate și curioase pe care le întîlnim în preocupările noastre, cum sînt: **parodontopatia esențială evolutivă pioreică, umedă sau criptulică, parodontopatia esențială apioreică sau uscată** cu o evoluție lentă dar progresivă. Ambele aspecte fie că sînt limitate la o singură alveolă, fie că interesează un grup alveolo-odontal, o arcadă sau ambele arcade. De asemenea, fie că aceste aspecte se prezintă numai cu distrofii osoase și cu gingia aproape normală ca în formele apioreice, fie numai cu un lizereu gingivitic, fie că se prezintă cu pungi pioreice sau cu hipertrofii exagerate ale marginilor și proceselor gingivale din jurul coletelor dinților, mascînd sub ele pungi pioreice cu osteită marginală a osului alveolar etc., toată această diversitate în manifestări patologice ca și multe altele care se întîlnesc în activitatea noastră sau care au fost descrise de diverși autori ca forme clinice, oricare le-ar fi aspectul de manifestare, — **pe toate trebuie să le privim că sînt variante** ale manifestărilor anatomoclinice, radiologice, anatomopatologice și stadii evolutive **ale uneia și aceleiași maladii,** adică a **sindromului parodontopatiei esențiale.**

Analizînd și interpretînd după astfel de criterii complexul morfofuncțional al parodontului ca și cadrul de manifestare al sindromului parodontopatiei esențiale, constatăm că ele ne impun două elemente — unul **imediat,** acela al **problemei etiopatogeniei și a anatomopatologiei proceselor parodontopatice** și celălalt **mediat,** care este al etapei terapeutice, **reprezentat prin preocupările unei asistențe** care să aibă strînse legături cu elementele patologice care stau la baza sindromului parodontopatic.

Fenomenele biologice, fiziologice și patologice generale ale organismului în sindromul parodontopatiei esențiale

Organismele parodontopate, în afară de procesele locale caracteristice parodontopatiei esențiale, **prezintă îndeosebi o tară organică predispozantă la maladii distrofice.** Tara aceasta se prezintă sub forma unei **labilități constituționale, adică**

a unei susceptibilități a terenului organic și în special ale unor țesuturi predispuse spre distrugere sau involuție. Dacă sînt studiate amănunțit, prin diverse examene clinice și de laborator, se poate lesne constata că majoritatea acestor organisme mai prezintă în conformația lor somatofuncțională și alte manifestări cu deficiențe funcționale și leziuni organice din partea unor sisteme sau organe ca: sistemul neurovegetativ, endocrin, gastrointestinal, hepatic, renal, cardiac etc. trădate fiecare din ele prin caractere și manifestări patologice specifice. În același timp, dacă pe lîngă labilitatea constituțională organică mai intervin asupra acestor organisme și condiții anormale ale unui mod neobișnuit de viață — plină de agitație, surescitări, emoții intense și repetate, suferințe fizice și morale îndelungate și intense, precum și eforturi ale unei activități intelectuale sau fizice prea surmenante prin intensitate și durată, — în ansamblul lor acestea **vor influența terenul organic astfel predispus,** creîndu-i într-o mare măsură unele condiții favorabile declanșării manifestărilor maladive, care vor apărea inevitabil și chiar prea timpuriu. Asemenea manifestări vor consta mai întîi din diverse disfuncțiuni, apoi încetul cu încetul vor ajunge în stadiul organic al apariției proceselor distrofice, adică de dezorganizare structurală, distrugînd lent și progresiv, alteori mai rapid, forma structurală, respectiv și funcția unui organ, a unui sistem organic funcțional sau a unei regiuni sau chiar a întregului organism.

Acest complex de elemente anormale, survenite în viața unui organism care se găsește deja spre **finalul evoluției sale normale și naturale,** va contribui să caracterizeze și să contureze biofiziostructural **bătrînețea,** adică epoca în care procesele fiziosomatice cu manifestările lor vor apărea ca **fenomene fiziologice** deficitare, cu tendința să involueze, fără a mai putea fi oprite și întoarse din drum, restaurîndu-se ce au dezorganizat.

Consecința acestor procese atît biochimice cît și structurale și funcționale creează organismului un complex de procese distrofice, care în ansamblul lor caracterizează **tabloul fiziosomatic și clinic al bătrîneții.**

Fenomenele senescenței, atunci cînd ele evoluează într-un mod normal, adică neforțate sau bruscate, sînt lente, continue și progresive. Ele mimează structurile funcționale organice, agravînd și mai mult perturbațiile consecutive acestora, **dar respectă contururile morfologice ale organului supus acțiunii generale de involuție.** Involuția senescenței este o **involuție atrofică.** Procesele aici sînt atrofice, alterarea structurală constă într-o **atrofie a elementelor histomorfologice și o scădere ponderală organică.**

Cînd însă asemenea procese apar izolat sau în complexitatea lor pe fondul unei stări organice aparent normale, și mai timpuriu, adică atunci cînd organismul atît prin vîrstă ca și prin potențialul său somatic și funcțional trebuie să se găsească în epoca de echilibru desăvîrșit, static și funcțional, **procesele fiziosomatice cu mani-**

Scanned with OKEN Scanner

festările respective, de astă dată nu mai pot fi considerate consecințe inevitabile ale unor fenomene fiziologice normale de îmbătrînire organică, ci în această epocă ele deja caracterizează o manifestare net patologică, care totuși poate fi supusă unor măsuri de remediere. Avînd în vedere epoca apariției lor se pare că **aceste organisme deja dotate cu o susceptibilitate predispozantă particulară, au fost supuse unor fenomene anormale, de bruscare a vieții lor ca și a condițiilor în care se desfășoară viața și activitatea lor,** fenomene care le provoacă prea timpuriu manifestări de **tipul distrofiilor organice,** asemănătoare oarecum și numai în linii mari celor ale bătrîneții. Astfel, dacă la o vîrstă înaintată o anumită stare organică este admisă ca un fenomen normal și fiziologic inevitabil și iremediabil, o aceeași stare însă survenită în epoca maturității organice trebuie privită altfel, adică ca o manifestare patologică dar remediabilă. Această manifestare, vorbind de cea parodontopatică, datorită caracterelor sale, biochimice și anatomoclinice, asemănîndu-se în mare măsură cu procesele involutive ale bătrîneții, justifică întrucîtva denumirea ce li se atribuie de către unii de **fenomene ale senescenței juvenile.** Această stare patologică este aceea care, prin procesele sale distrofice apărute în epoca maturității organice, prin fenomenele biochimice ca și prin manifestările ei clinice, definește tabloul anatomoclinic al sindromului **parodontopatiei esențiale.**

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAȚII ETIOPATOGENICE ȘI BIOLOGICE ÎN SINDROMUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE

Etiologia maladiei în concepția clasică localicistă buco-odontală

Desigur că stărilor și manifestărilor patologice apărute în integritatea structurală și funcțională a parodontului trebuie să le corespundă și anumiți factori cauzali, **favorizanți** sau **determinanți.** Acești factori invocați, unii sînt cunoscuți, cei mai mulți rămînînd însă numai presupuși, iar modul lor de acțiune se află încă în stadiul unor ipoteze foarte mult discutate, de aceea se impune o trecere în revistă a acestor cauze, însă pe criterii atît biofiziologice cît și patologice bine analizate.

Majoritatea stomatologilor, care sînt preocupați de problema parodontopatiei, **nesistematizînd judicios leziunile și manifestările respective ale parodontului, după realități patologice prin care să diferențieze leziunile care aparțin parodontopatiilor simptomatice, produse prin cauze definite și cunoscute, de leziunile care prin caracterele lor de apariție și evoluție constituie maladia propriu-zisă a parodontopatiei esențiale,** ei limitează factorii etiopatogenici parodonto-patogeni, la **categoria factorilor locali** — oro-odontali, în timp ce **factorii organici generali** sînt situați pe plan secundar, considerați doar ca factori care ar complica tabloul patologic al acestei maladii.

Aproape toți autorii europeni cît și cei ai școlii americane, mai ales, consideră leziunile survenite în structura parodontului, în afara celor accidentale, că se datoresc în mare măsură și în primul rînd **tartrului dentar,** în special sub-gingival. Apoi, în ordinea gravității, **dezechilibrului ocluzoarticular, microtraumatismelor** prin proteze defectuoase, prin vicii de conformație în arcadele dentare, prin ticuri labio-orale, bruxismului etc. Tartrul dentar în concepția lor, iritînd țesuturile gingivo-alveolare ar provoca astfel de leziuni, aceasta ca și cum toate gurile care sînt predispuse prin mediul lor bucal la tartru dentar, ar trebui să fie și parodontopate esențiale! De

Scanned with OKEN Scanner

aceea în vederea îndepărtării lui ei i-au rezervat un important capitol tehnic, cu aparate ultrasonice, considerînd acest act ca un bun remediu în asistența acestei complexe maladii, ignorînd că prin aceasta se tratează gingivita tartrică și nu maladia esențială propriu-zisă. La fel și în problema **dereglajului sau dezechilibrului ocluzo-articular** care este incriminat că ar provoca într-o mare proporție astfel de leziuni, prin microtraumatismele din timpul actelor funcționale. Dar și aici se ignorează anumite aspecte. Sînt arcade odontale cu ocluzie normală, fiind întreținute printr-o igienă bucală corectă și, totuși, de foarte multe ori acestora le depistăm clinic și radiografic procese distrofice din cele mai evolutive și deseori cu aspecte de manifestare foarte grave, deci fără să aibă un dezechilibru ocluzo-articular. Apoi, cîte guri se găsesc cu arcade odontale cu stări ocluzoarticulare din cele mai curioase și deseori la persoane foarte neglijente în ceea ce privește igiena bucală și cu depozite de tartru dentar abundent și totuși nu prezintă procese parodontopatice esențiale! Cei care susțin această cauzalitate se bazează pe faptul că au constatat la majoritatea parodontopaților un astfel de dezechilibru ocluzo-articular, cu gingivită pioreică mobilitate dentară etc. Dar ei nesocotesc faptul că asemenea leziuni și manifestări nu sînt cauze ci **consecințe concrete ale însăși evoluției distrofiei parodontopatice,** care prin natura leziunilor respective provoacă migrări odontale în diverse sensuri, deci și dezechilibre ocluzoarticulare din cele mai curioase uneori.

De asemenea, credem că se atribuie o valoare patogenică neîntemeiată și factorului microtraumatismelor pe care le suportă elementele odontale datorite fie defectelor ocluzo-articulare, fie prin aplicarea unor proteze odontale greșit concepute și defectuos executate și aplicate, fie traumelor provocate de tot felul de obiceiuri vicioase manifestate prin ticuri labiale, scrîșnituri în timpul unor acte de muncă, sub stări de surescitări sau în bruxismul propriu-zis etc.

În adevăr, prin astfel de traumatisme s-ar exercita asupra structurii parodontului anumite acțiuni care prin compresiune ar provoca fenomene congestive și apoi trofice, care ar duce la procesele parodontopatice. Dar și aici se nesocotește un fapt deosebit de important și anume: oricare ar fi factorul microtraumatic și indiferent în ce mod acesta ar acționa nociv asupra parodontului, pe principiul « sublata causa tollitur efectus », organul lezat imediat și automat își revine și își repară prin restaurare structurală leziunea de îndată ce au fost combătute stările nervoase, ticurile etc., sau au fost îndepărtate protezele, coroanele defecte etc. Pe cînd în aspectele parodontopatice esențiale, unde este vorba de un aspect disbiotrofic care evoluează în afara unor astfel de cauze, toate aceste măsuri de remediere nu vor avea decît o eficiență foarte superficială, dacă nu chiar inexistentă.

Consider că toate aceste aspecte patologice, expuse în linii generale, **trebuie încadrate numai în categoria parodontopatiei simptomatice, provocate de cauze**

Scanned with OKEN Scanner

definite. În nici un caz asemenea factori locali, ca cei menționați mai sus, nu pot fi incriminați că ar fi provocat instalarea și evoluția în masa parodontului a proceselor distrofice esențiale. Că astfel de împrejurări patologice — ca tartru, traumatisme ocluzale, proteze defectuoase — ar fi putut exista înainte ca anumiți factori de ordin general, disfuncțional și dismetabolic să fi declanșat procesul la acest nivel sau ar fi putut surveni ca o coincidență de concomitență, în tabloul evolutiv al parodontopatiei esențiale, aceasta este posibil. Dar și într-un caz și în altul, existența acestor stări locale nu ar face decît să agraveze evoluția procesului distrofic, amenințînd într-un mod mai rapid stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale *.

Subliniem că în analiza unei stări patologice existente la nivelul parodontului, trebuie să analizăm elementele de manifestare cu multă meticulozitate, pentru ca în acest fel să stabilim **ce nu este parodontopatie esențială, dar este parodontopatie simptomatică sau cauzală.** Acest fapt este de mare importanță în activitatea stomatologică deoarece prin acest mod de analiză ne vom orienta în aplicarea unei asistențe dirijate și eficiente, ea fiind în concordanță cu realitățile patologice.

Etiopatogenia parodontopatiei esențiale în concepția personală de interpretare

Factorii predispozanți și favorizanți, factorii determinanți și factorii agravanți

Problema etiopatogenică a **parodontopatiei esențiale** — căci de aici încolo numai la ea ne vom referi — după părerea noastră, care se bazează pe observații și date concrete clinice, operatorii și postoperatorii, trebuie privită și interpretată în primul rînd prin **prisma unor elemente predispozante biofiziopatologice organice generale și locale** și apoi prin „dibuirea" multiplilor factori determinanți. Prin astfel de criterii de studiere avem posibilitatea să constatăm că problema se prezintă cu totul sub alt aspect decît cel știut, în sensul că la baza declanșării sau a pornirii procesului disbiotrofic, se situează **nu factorii locali orodentari** menționați mai sus, ci **deficiențe ale stării generale a organismului,** manifestate prin variate perturbări predispozante **în trei mari grupe de elemente biofiziosomatice,** care îi condiționează echilibrul activității sale sub toate aspectele și asupra căror stări diverși **factori determinanți** de proveniență exogenă sau endogenă ar putea **prin acțiuni incitatorii**

* În desfășurarea expunerii problemelor preferăm termenul odont, odontal etc. celui de dinte, dentar etc. deoarece, deși și unul și altul exprimă același sens, primul însă ni se pare că se corelează științific cu noțiunea de parodont. Păstrăm numai termenul tartru dentar, ca un termen deja consacrat în practica curentă.

Scanned with OKEN Scanner

să declanșeze procese și manifestări patologice parodontopatice. De aceea avem de analizat în problema etiopatogeniei trei categorii de factori: **factori predispozanți și favorizanți, factori determinanți și factori agravanți locali,** oro- sau buco-odontale.

1. Factorii predispozanți și favorizanți

Acești factori în biopatologia organismului sînt reprezentați prin 3 grupe de elemente, fiecare cu importanța și rolul său în patologia esențială a parodontului.

Aceste elemente sînt:

A. predispoziția terenului organic la stări patologice;

B. activitatea normală și patologică a sistemului neurovegetativ;

C. fenomenele metabolice și dismetabolice generale și în special cele legate de titrul mineral, exprimate prin complexul calciu-fosfor.

Pe lîngă aceste elemente care se intrică în desfășurarea manifestărilor lor patologice, uneori într-o modalitate foarte complexă, atunci cînd intervin acțiuni incitatorii a diverși factori determinanți, în intimitatea troficității structurilor vitale organice intervine un al patrulea element, deosebit de important în procesele disbiotrofice parodontopatice esențiale; acest element este reprezentat prin **fenomene de apatie vitală organică.**

Pe fundamentul acestor elemente biologice și fiziopatologice predispozante, factori determinanți încă în mare măsură ipotetici, de proveniență exogenă sau endogenă, acționînd în mod incitator asupra unor astfel de organisme, **le vor brusca potențialul vital respectiv,** determinînd diverse stări patologice, printre care se găsește și aceasta de la nivelul parodontului, care este **distrofia evolutivă** parodontopatică esențială.

Să trecem la analiza fiecărui element enunțat.

A. Predispoziția terenului organic general și local în apariția proceselor evolutive parodontopatice

Terenul organic prin predispoziția sa spre stări patologice poate avea **un rol preponderent în favorizarea proceselor disfuncționale** și apoi a **leziunilor organice** atît generale cît și a celor de la nivelul parodontului.

Predispoziția fiziologică și somatică a unui organism spre diverse stări patologice poate fi moștenită pe calea ontogeniei de la ascendenți care au suferit de diverse maladii ca: hipertensiune, diabet, obezitate, parodontopatii etc. sau poate fi dobîndită prin unele consecințe de ordin patologic pe care le-ar fi suportat organismul respectiv, cum ar putea fi: o tuberculoză evolutivă, unele organopatii cronice, carențe vitaminice sau în principii alimentare, intoxicație tabagică, surmenaj fizic sau intelec-

Scanned with OKEN Scanner

tual, șocuri psihice puternice și de durată etc. Această predispoziție este manifestată printr-o **labilitate și susceptibilitate a organismului respectiv** față de unii factori **incitatori stress-anți** spre diverse stări maladive. Această stare predispozantă a terenului organic este aceea care, în majoritatea cazurilor, va crea condițiile favorabile apariției sub influența unor factori incitatori determinanți a tot felul de procese patologice, de la simple disfuncțiuni, pînă la manifestări din cele mai dramatice.

De asemenea, conformației somato-funcționale predispozante, i se datoresc împrejurările cînd organul respectiv își are diminuat sau epuizat potențialul său biotrofic de reacții automate de contrașoc, adică de compensare a acțiunilor nocive și apoi de acomodare în sensul **sindromului de acomodare a lui Selye** prin care organismul își reechilibrează funcțiile perturbate și-și restaurează într-o oarecare măsură leziunile apărute în integritatea sa.

Predispoziția terenului organic, după părerea noastră, are un **rol preponderent** în declanșarea manifestărilor maladive. **În raport cu calitatea terenului organic,** factorii determinanți endogeni sau exogeni, vor putea declanșa acestor organisme procese de categoria celor menționate. **Numai în raport direct cu această calitate labilă și susceptibilă a terenului organic, factorii endo- sau exogeni vor acționa electiv asupra unor organe sau sisteme, fie mai intens, fie mai lent,** determinînd diverse manifestări anatomoclinice de tipul disfuncțiunilor și distrofiilor organice.

Această predispoziție generală și locală spre stări patologice ne explică de ce indivizi trăind aproape în aceleași condiții sau chiar inferioare, rămîn indemni și refractari oricărei manifestări patologice, pe cînd la alții — în condiții chiar mai bune, mai echilibrate — uneori apar manifestări evidente, din cele mai variate și uneori trecătoare, pînă la cele de tipul celor distrofice, fie procese osteolitice și osteoporotice, de la cele mai grave (de tipul Recklinghausen) pînă la osteoliza marginală a parodontului pe care le privim ca procese de degradare în sens distrofic osteolitic, alteori osteitic, a parodontului.

În astfel de circumstanțe biopatologice, parodontul avînd o **predispoziție pe lîngă cea a fondului organic generală dar și locală, datorită situației sale marginale,** pe rebordul oaselor maxilomandibulare ca și **conformației sale particulare** avînd **o structură neurovegetativă și vasculară de tip terminal,** va fi foarte sensibil la fluctuațiile disfuncționale generale ale organismului. De aceea aici la nivelul său se vor declanșa și vor evolua leziuni parodontopatice esențiale, de la simple disfuncțiuni trecătoare pînă la procese din cele mai grave, **de cele mai multe ori chiar înaintea altor localizări și manifestări din conformația organismului.**

În asemenea împrejurări predispozante, multiplii factori incitatori vor determina **prin calitatea naturii lor, prin durată ca și prin intensitatea acțiunii lor,** variate aspecte patologice printre care și disbiotrofia parodontopatică esențială

Scanned with OKEN Scanner

Astfel acești factori incitînd în mod reflexogen centrii nervoși superiori sau pe releul mediatorilor simpatico-parasimpatici, proveniți din disfuncțiile tiroidiene (hormonul tirocalcitonin), paratiroidiene (hormonul paratiroidian), suprarenală (adrenalina și noradrenalina) etc. vor dezechilibra chiar în plină maturitate organică, activitatea vegetativă și vor determina în acest mod printre altele, în mod primar sau secundar, fenomene de alterare a vitalității și troficității gingivo-alveolare, care anatomopatologic vor contura aspectul proceselor distrofice care caracterizează parodontopatia esențială.

B. Activitatea neurovegetativă și rolul ei în parodontopatia esențială

După rolul terenului organic în favorizarea instalării proceselor distrofice parodontopatice esențiale, activitatea și rolul sistemului neurovegetativ se situează imediat în ordinea importanței sale în această problemă.

Sistemul vegetativ al unui teren organic deja precar în reacții, cu un potențial vital de adaptare alterat, sub impulsul unor acțiuni incitatorii intense și de durată, indiferent că ele se datoresc unor factori de proveniență endogenă sau exogenă, va fi deviat din echilibrul său funcțional. Această stare de disfuncțiune la rîndul ei va brusca și ea susceptibilitatea predispozantă organică generală **determinînd** lent sau mai brutal dar progresiv, **în raport cu solicitările unor predispoziții structural-funcționale din unele organe sau sisteme,** diverse stări patologice cum sînt: ulcerul gastroduodenal, hipertensiunea arterială esențială, arterita obliterantă tip Buerger, colitele neurogene, nevroze cardiace, angioneuroze etc. lar la nivelul parodontului, care are — așa cum am menționat mai sus — **o predispoziție structurală neurovasculară specifică de tip terminal,** prin favorizarea alterațiilor biotrofice și activarea fenomenelor enzimatice proteolitice, va determina apariția și evoluția proceselor distrofice parodontopatice, de la cele mai simple și atenuate **de tip apioreic** pînă la aspectele **pioreice,** deseori dramatice, prin supurațiile și dezastrele odontale și bucale pe care ele le produc.

De altfel, afirmațiile noastre în legătură cu activitatea vegetativă, într-un mod sau altul, au mai fost tangențial menționate și discutate în literatura de fiziopatologie organică, de mulți cercetători care interpretează multe sindroame din patologia organismului prin prisma fiziopatologiei vegetative ca și prin aceea a sindromului de adaptare a lui Hans Selye.

Astfel, Fr. Kraus și E. Lescke în studiul patologiei sistemului nervos vegetativ susțin că acest sistem are rolul **să mențină, să regleze și eventual să restaureze:**

— forma organismului ca entitate structurală;
— ansamblul funcțiilor metabolice, precum și

Scanned with OKEN Scanner

— desfășurarea proceselor perceptive și motorii.

De asemenea W. R. Hess în vederea explicării funcțiilor organice, găsește că funcția vegetativă este aceea care dirijează sau coordonează viața mediului intern (Milieubedingungen) chiar în intimitatea țesutului « Durch das Zusammenwirken vegetativer Organe werden diese Milieubedingungen so gestattet und erhalten, dass sie für Entwicklung und Erhaltung der Funktionellen Potenzen derselben ermöglichen. Dies ist das unmittelbare gemeinschaftliche Funktionsziel von Atmung, Kreislauf, Ernährung und Ausscheidung. Der Enderfolg dieser Leistung geht im Lebensraum der Zellen in Erfüllung — zum Unterschied von den animalen Leistungen, deren Ergebnis im Lebensraum des Organismus als Ganzen zur Auswirkung gelangt ».

Mai departe, Hess sistematizează activitatea reglatoare a sistemului neurovegetativ în două categorii:

— una ar avea rolul de a produce și dezvolta energia animală printr-o fază metabolică disimilatorie sau catabolică — este categoria **ergotropă**, determinată de acțiunea sistemului simpatic;

— a doua este activitatea sistemului parasimpatic — **histotropă** — manifestată prin faza asimilatorică a metabolismului sau anabolică, adică prin activarea și predominarea fenomenelor de asimilație.

În acest fel autorii explică echilibrul structural și funcțional organic după jocul activităților asimilatorice și disimilatorice ale sistemului neurovegetativ. Orice deviere de la linia acestei comportări a sistemului neurovegetativ va duce la debutul unor disfuncții, care pe măsura agravării lor vor da loc la dezorganizări structurale și care în ansamblul lor vor caracteriza însăși patologia sistemului vegetativ.

Eppinger și Hess studiind antagonismul vagosimpatic ca și fenomenele distoniei vagului și simpaticului au reușit să definească o patologie a sistemului nervos vegetativ. Tot cercetărilor acestora se datorește și cunoașterea modificărilor excitabilității vegetative ca un factor patogenic în ceea ce privește echilibrul și dezechilibrul funcțional și structural al vieții organice (Constitutionsbestimmenden).

Reilly cu școala sa, prin lucrări experimentale, au dovedit că perturbările survenite prin excitabilitatea în sistemul nervos vegetativ — sînt rezultatul unuia și aceluiași mecanism, al unui **reflex de iritație. Substratul structural consecutiv acestui proces de iritație** este caracterizat prin două categorii de manifestări:

a) manifestări **vasomotorii,** care constau în distensie vasculară, vasodilatație, hiperpermeabilitate capilară, leziuni ale pereților endoteliali și tromboze vasculare. În acest mod țesuturile respective sînt expuse unei asfixii prin anoxemie circulatorie. Schimburile oxidative devin anevoioase și chiar inexistente ducînd la deficiențe

Scanned with OKEN Scanner

metabolice sau — așa cum susține Prof. Dr. Marinescu — prin asemenea fenomene sînt determinate în țesuturile respective, accentuate diminuări ale fenomenelor de oxidoreducere;

b) manifestări **celulare și tisulare,** care constau în leziuni hiperplazice și uneori necrotice ale celulelor și țesuturilor reticuloendoteliale.

Sub acțiunea acestei **stări iritative** se creează organismului o stare maladivă care, după cum susține Selye în lucrările sale, organismul se găsește de cele mai multe ori sub acțiunea unor « succesiuni de stimuli iritativi » care duc cu timpul la o stare patologică de **tonus iritativ.**

Dacă distrofiile se datoresc iritabilității vegetative, respectiv stărilor de « tonus iritativ », ce survin într-un organism perfect echilibrat structural și funcțional, aceasta ne-o pot dovedi, pe lîngă cele constatate de Reilly și Școala sa, și rezultatele lucrărilor experimentale ale urmașilor școlii lui Pavlov prin cercetările lui Speransky, ale lui Entin și ale colaboratorilor lor.

Autorii, plecînd de la concepțiile deja cunoscute asupra hipotalamusului, considerat ca centru superior al funcțiilor neurovegetative, au căutat ca prin diverse leziuni ce le-ar determina într-un anumit mod la acest nivel să reproducă experimental tulburări funcționale și manifestări structurale în domeniul subordonat lui.

În sensul problemelor noastre, Speransky, Entin, Skoblo, Pigalev și Glușkov au reușit pe iepuri și cîini să reproducă unele procese care, în mare parte, se aseamănă cu procesele caracteristice ale parodontopatiei esențiale.

La baza creierului, în regiunea hipotalamusului, fie prin așezarea unei mărgele de sticlă sau bob de mazăre înapoia șeii turcești, în spațiul dintre artera carotidă și nervul oculomotor, fie folosind un inel incomplet de sticlă de mărimea șeii turcești, prin care se introduce infundibulul, el fiind așezat cu extremitățile libere înainte, — se realizează o escară cerebrală de forma unei gropițe sau semicirculară, care menajînd hipofiza, va leza numai porțiunea posterioară și laterală a tuber-cinereum-ului, corpii mamilari, precum și substanța perforată posterioară.

Consecutiv acestui proces iritativ, provocat asupra hipotalamusului și în special în tuber-cinereum și substanța perforată posterioară, se constată la aceste animale supuse experiențelor, apariția unor simptome de ordin distrofic care se aseamănă, în mare măsură, cu cele întîlnite în patologia regiunii bucale umane.

Astfel, după cîteva ore de la aplicarea corpilor iritativi se constată la nivelul parodontului, procese de alterări distrofiante. Ele încep cu fenomene congestive ale gingiilor, apoi sîngerări, aceasta în special în jurul molarilor ambelor maxilare. Gingia în jurul coletelor dentare prezintă un aspect edematiat, foarte friabilă și sîngerîndă

Scanned with OKEN Scanner

la cea mai mică atingere, avînd spre partea ei marginală un lizereu cianotic datorit hemoragiilor miliare intratisulare. Pe mucoasa bucală își fac apariția unele excrescențe de tipul papiloamelor, de la mărimea unei gămălii de ac pînă la aceea a unei alune, avînd o existență trecătoare.

Aceste aspecte ale mucoasei gingivale, caracterizat prin procese vasomotorii și leziuni hiperplastice, ne face să apropiem valoarea concludentă a acestor experiențe de constatările lui Reilly pe care acesta le-a obținut experimental, realizînd manifestările vasomotorii și celulotisulare menționate mai sus.

Dacă animalelor în experiență li se lasă corpul iritant mai departe, procesul distrofiant se accentuează treptat, lizereul congestiv edematos și cianotic trece în ulcerație și necroză marginală fie a întregii gingii, fie limitată la un grup odontal. Distrofia în evoluția ei nu se oprește numai la elementele proceselor paradentare, ci ea se extinde spre alte zone ale mucoasei bucale distrugînd și mușchii și tegumentele regiunii creînd uneori acel aspect impresionant al « nomei » din patologia umană.

Pe marginea acestor experiențe Entin face următoarele sublinieri: procesul de alterare a parodontului începe printr-o edematiere și sîngerare, prin friabilitate vasculară a gingiilor, în zona molarilor și premolarilor, stare care după 10—15 zile ar dispare complet. În unele cazuri se instalează parțial sau total un proces de atrofie a țesuturilor paradentare ce survine la animalele în experiență. Atrofia poate să apară atît după leziuni congestive și ulceroase ale gingiei ca și dintr-o dată (d'emblée) fără ca acestea să le fi precedat. Aceste constatări au o deosebită valoare în stabilirea faptului că procesul atrofic al marginii alveolare ca și al proceselor sale « nu depinde de modificările cicatriceale ale gingiilor, ci se produce concomitent sub acțiunea aceleiași cauze care a provocat ambele procese » (Speransky).

Concomitent cu leziunile gingivale, în unele cazuri survine și formarea de lacune purulente peridentare, iar dinții interesați în procesul distrofic încep să devină mobili.

Usineviciu, Neumann și Vitebski, prin iritarea nervului mentonier la iepuri, au realizat neurodistrofii cu multă asemănare cu leziunile întîlnite în focarele parodontopatiei esențiale de la om.

Prof. Déchaume, în lucrările sale, subliniază rolul sistemului vegetativ în generarea procesului distrofic și de resorbție osoasă, dar le explică pe releul tulburărilor vasomotorii de natură neurovegetativă, care ar crea mai întîi un edem ligamentar urmat de traume funcționale și care apoi pe principiul unei hipotroficități locale în mod secundar s-ar complica și cu procesul infecțios supurativ.

Pischinger (Viena) face afirmații deosebit de importante asupra rolului vegetativului în economia organică. El subliniază faptul că funcțiile vegetative în activitatea

Scanned with OKEN Scanner

lor, atît în stare normală cît și patologică, s-ar repercuta într-un mod determinant asupra complexelor celulare ale organelor, acționînd în bloc la cea mai mică incitație care depășește pragul normal al funcției tisulare locale. În ansamblu, autorul descrie funcția principală vegetativă ca fiind constituită din fenomenul repolarizării și depolarizării, funcții care sînt în corelație și în coordonare cu potențialul vitalității tisulare și celulare.

Clementschitsch și Kuttlwascher*, în cercetările lor după indicațiile lui Essen asupra declanșării reflexului galvanic al pielii la parodontopați, reflex care prin provocarea lui ar trăda o stare anormală a tonusului neurovegetativ, ajung la concluzia că în parodontopatii, acolo unde este vorba de un deranjament al funcției neurovegetative, pe lîngă tratamentul local, trebuie să se facă și o terapie în sensul disfuncțiunii tonusului vegetativ: «Wir glauben, dass in Fallen von Parodontopathien, bei denen Störungen im Ablauf der vegetationervösen Regulation nachzuweisen sind, stets nehen der lokalen Therapie am Parodontium eine allgemeine, gegen die vegetative Störung gerichtete anzuwenden sei».

De altfel și Winkler ca și Mathis prin lucrările lor relative la problema cauzală a parodontopatiei esențiale, dacă nu pot afirma cu hotărîre că procesul distrofiei osului alveolar se datorește unor leziuni ale sistemului simpatic și anume a funcțiilor sale trofice (prin sistem simpatic autorii înțelegînd sistemul neurovegetativ), totuși ei nu resping posibilitatea unui deranjament trofic care ar sta la baza declanșării și a evoluției proceselor parodontopatice.

Așadar, iată un **sistem funcțional organic** — sistemul neurovegetativ, care asigură echilibrul constituțional și funcțional al entităților structurale — celula, ca și organizările ei tisulare — organe și sisteme.

Orice proces altul decît cel normal, care intervine în viața echilibrată a acestor organisme, exercitînd asupra lor o acțiune agresivă sau nocivă, va avea ca rezultat printre altele și o **incitare a sistemului neurovegetativ, declanșînd în sensul unui reflex de iritație « un stress » în funcția lui echilibrată, deranjamente sau disfuncțiuni,** unele mai superficiale, mai atenuate și mai lente, cu leziuni corespunzătoare mai discrete, altele însă mai accentuate și mai grave urmate de leziuni deseori mult mai intense și mai profunde. Asemenea modificări anatomopatologice tributare disfuncțiilor neurovegetative apărute ori de cîte ori unul sau unii din factorii menționați în unul din capitolele care vor urma ar acționa, determinînd stări de **șoc incitatorii,** care cu toate eforturile de **contrașoc reacționale de compensare și acomodare** din partea organismului, fac ca în cele din urmă organismul să cedeze, dînd loc acestor manifestări distrofice.

* Citat de H. Mathis în lucrarea sa «Die sogennante Parodontose», p. 214.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste manifestări survin nu numai cînd organismul este supus unor **stări de șoc incitatorii primare** asupra sistemului neurovegetativ venite din afara lui pe calea factorilor fizici, psihici etc. **ci chiar și atunci cînd un sistem organic sau numai un organ cu rol vital este în suferință.** Datorită unei alterări patologice, inflamatorii, traumatice sau chirurgicale, survenite în asemenea organe sau sisteme cu rol preponderent pentru organism, prin disfuncțiile lor, ele vor determina, vor favoriza stări de tonus incitatorii cu diverse intensități asupra sistemului neurovegetativ prin care apoi, pe releul acestei distonii vegetative vor determina **procese distrofice somatice.** Aceasta se datorește faptului că sistemul vegetativ nu-și are totdeauna o funcție autonomă de coordonare, activare metabolică și eventual de redresare organică, adică independentă de viața și activitatea altor glande, organe sau sisteme; față de aceste glande și organe el se găsește mai mult decît într-o dependență, chiar într-o **subdependență funcțională.** Această subdependență funcțională și mai precis de influențare reciprocă ne-o poate ilustra mai ales legătura lui strînsă cu sistemul endocrin — **sinergismul endocrinovegetativ al lui Kraus** — care arată legătura strînsă ce există între sistemele endocrinoneurovegetative atît în funcția lor normală, cît și în diversele procese patologice, care survin în decursul vieții organice. Ambele sisteme deservesc funcțiuni integrative ale organismului în chip sinergetic. Sinergismul acesta are rol hotărîtor în menținerea reglărilor vitale, pentru care el îl denumește « înlănțuire vitală » (« Vitalreihe »). Deci vedem ce rol hotărîtor pot avea neurohormonii vegetativi asupra vieții și activității acestui sistem, precum și acțiunea lor atunci cînd anumite stări anormale ar determina în mediul intern un exces sau o carență a lor. Și prisosul ca și lipsa sau diminuarea lor impresionează funcția sistemului cu rol atît de definit asupra menținerii stărilor statice și funcționale ale celulei în mediul el ca și a țesuturilor în complexul lor de constituție organică.

Vedem deci că rolul sistemului vegetativ în provocarea proceselor patologice, fie generale, fie a celor de la nivelul parodontului, este atît de important încît îi putem atribui din punct de vedere fiziopatologic rolul unei **curele de transmisie între factorii incitatori endo- sau exogeni și terenul organic,** teren predispus printr-o labilitate și susceptibilitate spre diverse stări patologice, printre care se află și sindromul parodontopatiei esențiale.

C. Fenomenele dismetabolice generale și în particular cele minerale

Aceste fenomene constituie un alt element al fiziopatologiei organice, care favorizează consecințele nocive disfuncționale și lezionale și cu manifestările respective ale unor factori incitatori.

Așa cum au arătat mulți cercetători în această materie, că în cadrul biopatologiei în parodontopatia esențială există incontestabil fenomene dismetabolice lipidice, glucidice, protidice etc. sau minerale, uneori mai grave, alteori mai discrete.

Scanned with OKEN Scanner

Este greu de susținut, pînă la ora actuală, dacă fenomenele dismetabolice existau anterior împrejurărilor incitatorii care au determinat manifestările distrofiei parodontopatice, în care împrejurare dismetabolismele ar fi avut un rol favorizant, agravînd susceptibilitatea terenului organic respectiv spre procese de ordin hipotrofic în parodont. În orice caz depistarea lor în timpul evoluției parodontopatice, după părerea noastră ar trebui considerată ca o consecință a acelorași factori incitatori, care prin acțiunea lor nocivă, pe releul activității neurovegetative, ar fi influențat centrii care reglează fenomenele tuturor actelor metabolice — fie hormonale, fie organice, minerale, vitaminice etc. Considerăm că problema este de mare importanță, ceea ce și face ca ea să se afle încă deschisă în mari și controversate dispute.

Un fapt este însă sigur, că în cadrul patologiei parodontului — sub aspectul patologiei sale încă « esențiale » — depistăm fenomene dismetabolice atît generale și organice cît și minerale.

Dar cum dismetabolismul primei categorii din multiple puncte de vedere a fost deja mult discutat și analizat, în diverse împrejurări și manifestări științifice, în expunerea de față mă voi opri asupra **dismetabolismului mineral** reprezentat în probele de depistare și verificare prin biologia ionului calciu ca și a raportului calciu-fosfor.

În literatura de specialitate pe care am avut posibilitatea să o cercetez, în afară de autorii italieni Cerami și Romano, toți ceilalți care s-au ocupat de problema calcemiei în parodontopatii ca: Shaer, Entin, Held, Landgraf, Kauschanski și alții, au afirmat că nu au depistat în evoluția acestei maladii stări hipocalcemice. Asemenea constatări le considerăm neconcludente, deoarece sîntem convinși că examenele și probele care s-au făcut, nu s-au făcut pe cazuri parodontopatice esențiale, ci pe tot felul de manifestări gingivitice sau alveolitice ce aparțin categoriei simptomatice și nu celei esențiale, la care era și firesc să nu fi depistat modificări ale metabolismului mineral.

Mulți ani în preocupările noastre asupra acestei probleme am luat drept veridice concluziile la care ajunseseră autorii de mai sus. Dar la un moment dat al activității noastre, sesizîndu-ne de unele coincidențe ale manifestărilor parodontopatice cu unele manifestări patologice ale organismului, legate și subordonate în primul rînd deficienței în metabolismul calciului, — cum erau unele stări spasmofilice manifestate prin hiperexcitabilitate neurovegetativă cu reflexe exagerate Khwostek, Weiss și chiar Trousseau, stări tetaniforme grave, spasme vasculare etc. am fost determinați să trecem la efectuarea unor verificări prin probe biochimice. Astfel, verificînd calcemia și fosfatemia la un lot de 74 de parodontopați prin metoda Krammer-Tiesdall, am reușit să depistăm la aceștia unele rezultate surprinzătoare și în vădită contradicție cu ale celor de mai sus, ele constînd:

Scanned with OKEN Scanner

48 cazuri aveau o calcemie totală sub limita fiziologică, ajungînd pînă la 7 mg%;
14 cazuri aveau calcemii de..... 9—10 mg%;
8 cazuri aveau calcemii de.....10—11 mg%;
3 cazuri aveau calcemii peste..... 11 mg%.

Așadar 65% din aceste cazuri supuse probelor de laborator, în aceleași condiții și cam în aceeași epocă, prezentau o stare umorală net hipocalcemică cu fosfatemia crescută proporțional cu calcemia scăzută.

Faptul că la 35% din cazuri calcemia era în limitele normale, credem că este greu de susținut dacă la acestea nu ar fi totuși o tulburare în echilibrul metabolismului mineral somatic de **apoziție** și **deplasare,** — depistabilă prin alte metode de dozare mai sensibile, deoarece metoda Krammer Thiesdall care dozează complexul mineral în miligrame, este mai puțin sensibilă la interpretarea dozajului mineral. Apoi aspectul imaginilor radiografice ale acestor cazuri ne arată în mod categoric o osteoliză alveolară în plină evoluție, iar în sistemul scheletic, așa cum au arătat printre alții și autorii olandezi Duyvenez și Green (Utrecht) la Congresul ARPA Internațional 1949, că ar exista o osteoporoză evidentă, ceea ce face ca distrofia osului alveolar să fie considerată ca o **verigă** a unui complex de osteoalveoliză presenilă. De asemenea este greu de susținut că n-ar fi stări hipocalcemice în manifestările « esențiale » atîta timp cît preocupările unei asistențe terapeutice ale proceselor parodontopatice se bazează pe principii mineralizante. În același sens vizează metoda noastră operatorie, care realizează evident **redresarea stării minerale,** remediindu-se prin aceasta nu numai procesul distrofic local, prin recondensarea osului alveolar în sensul unui calus osos, dar și întreaga stare generală organică, — și cînd organismele respective operate beneficiază în mod evident, deoarece în urma asimilării biostimulatorilor Os-Minerale își reechilibrează diversele sale stări disfuncționale. **Proba terapeutică** aplicată prin metoda noastră operatorie este de mare importanță, căci rezultatele pe care ea le realizează confirmă pe de o parte existența stărilor hipocalcemice iar pe de altă parte aceste hipocalcemii sînt ameliorate, făcînd chiar să dispară multe stigmate legate, ca manifestare, de dismetabolismul ionului calciu în organism.

În ultima vreme, pentru dozarea calcemiei și fosfatemiei folosim o altă metodă, care ni se pare mai sensibilă, metoda flam-fotometrică, prin care am ajuns să depistăm prin dozarea Ca ionic stări hipocalcemice în jurul unui procentaj de peste 90% din cazurile examinate.

Așa cum am enunțat mai sus, am întîlnit în literatură doi autori italieni Cerami și Romano, care printr-o lucrare publicată în 1960 în « Annale de Stomatologia » — Roma, nr. 9, relatează cercetările lor asupra calcemiei și fosfatemiei în parodontopatii. Ei sînt singurii pe care i-am putut găsi afirmînd că la parodontopați calciul a fost găsit în procent subnormal, în timp ce fosforul a fost găsit crescut. Autorii susțin că acest dezechilibru între calciu și fosfor s-ar datora unei insuficiențe în fenome-

Scanned with OKEN Scanner

nele de absorbție a unuia în raport cu a celuilalt, iar carența de calciu s-ar repercuta asupra terenului în cauză, favorizînd apariția distrofiilor paradentare.

Cunoscînd rolul ionului calciu în moderarea și echilibrarea activității sistemului neurovegetativ devenit în stare distonică prin acțiunea diverșilor factori incitatori, aceasta ne-a ajutat în mare măsură, să ne explicăm în afara altor factori, uneori discutabili, **rolul deosebit de important al carenței calciului** în favorizarea instalării sau agravării distrofiei parodontopatice. Dacă această carență minerală este un fenomen dismetabolic premergător instalării proceselor distrofice parodontopatice, sau este concomitent cu instalarea și evoluția procesului distrofic sau complică acest proces, survenind și el datorită acelorași factori incitatori, constituie încă una din problemele care preocupă intens activitatea noastră în această materie. De accea, dat fiind faptul că această problemă este de mare valoare biologică și fiziologică precum și importanța clinică și terapeutică, o considerăm deschisă unor noi investigații și cercetări și sub alte aspecte.

2. Factorii ipotetici incriminați a avea rol determinant în stările parodontopatice esențiale

Odată cunoscute aceste cîteva din cele mai impcrtante elemente predispozante și favorizante care ar sta la baza patogeniei parodontopatiei esențiale, — căci în afară de acestea trebuie să amintim că mai sînt încă multe alte elemente, dar cu un rol de mai puțină importanță — cum sînt: factorul rasial descris și susținut de Saens de la Calzada, criteriul etnografic, indicele social și economic, și felul de alimentație etc. — să trecem în revistă într-o formă rezumativă și factorii etiopatogeni care în unele împrejurări pe fundamentul elementelor arătate mai sus sînt bănuiți sau incriminați că ar putea avea un **rol determinant** în provocarea leziunilor distrofice în masa structurală a parodontului, dînd loc la o întreagă gamă de aspecte de manifestări, **aceasta fiind în funcție atît de labilitatea și susceptibilitatea terenului organic locală și generală, cu un sindrom de adaptare diminuat, ca și de calitatea, intensitatea și durata acțiunii incitatorii a factorilor invocați în etio-patogenia parodontopatiei esențiale.**

În linii generale, proveniența acestor factori ar putea fi de două categorii:

A. factori endogeni și

B. factori exogeni.

A. **Factorii endogeni** sînt cei care iau naștere chiar prin modul de viață și activitate a unor organe sau sisteme funcționale, deviate de la rolul lor funcțional normal și echilibrat, spre diverse fenomene disfuncționale și dismetabolice. Deci, la rîndul lor, asemenea factori reprezintă ei înșiși consecințe ale unor acțiuni incitatorii nocive, variate în calitate, intensitate și durată, care au perturbat echilibrul somato-funcțional al acestor organe sau sisteme.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre acești factori de proveniență endogenă, citățm pe cei mai importanți:

a) **disfuncțiile endocrine,** care prin carență sau surplus hormonal provoacă organismului o diminuare a vitalității sale trofice ca și a potențialului de reacții în fenomenul de compensare adaptatorie și redresare funcțională și structurală pe de o parte, iar pe de altă parte creează deseori sistemului neuro-vegetativ stări fie trecătoare sau de scurtă durată de hiper- sau hipoexcitabilitate; acest sistem, așa cum am arătat mai sus, are un rol covîrșitor pentru vitalitatea și troficitatea tisulară organică. Manifestările patologice legate de activitatea disfuncțională a insulelor Langherhans, a glandei tiroide, suprarenalelor, gonadelor, ovarelor etc. reprezintă exemple pline de concludență indiscutabilă:

b) **disfuncțiile glandelor** cu rol asimilator, care vor provoca diversele fenomene dismetabolice, fie protidice, glucidice, lipidice sau alte elemente dis-asimilatorii, care incitînd releul vegetativ ar putea duce la provocarea unor manifestări din categoria distrofiei parodontopatice;

c) **disfuncțiile glandelor cu rol de eliminare,** care rețin în mediul intern, atunci cînd activitatea lor este perturbată, diverși produși toxici sau infecțioși nocivi echilibrului biologic și somatofuncțional;

d) **leziuni ale funcției reticulo-endoteliale,** prin care se diminuează eforturile de apărare prin fenomenele imune și antitoxice ca și de acomodare și compensare somato-fiziologică.

B. **Factorii exogeni,** provin din afara mediului organic. Ei pot fi de ordin psihic, traumatic, bacterian, chimic, prin carențe precum și unii factori economico-sociali.

Șocurile psihice, stările de stress intense, repetate și de durată, influențează incontestabil, atît sistemul nervos al vieții de relații ca și cel neuro-vegetativ, precum și unele glande cu rol hotărîtor în viața organică.

Asemenea stress-uri, prin dezechilibrarea releului neuro-vegetativ, vor contribui într-o foarte mare măsură la declanșarea maladiilor de tipul celor distrofice. Viața plină de frămîntări și emoții puternice a marilor avocați, a marilor artiști dramatici, a celor care trăiesc sub intense și îndelungate bombardamente, a celor arestați și ținuți în condiții deosebit de grele în lagăre sau închisori, amenoreea arestatelor etc. etc. reprezintă cazuri care ilustrează importanța și rolul șocurilor psihice în determinarea incitatorie asupra echilibrului organic, care deseori pot duce la instalarea printre alte manifestări și a distrofiilor parodontopatice.

De asemenea, diverși produși chimici din mediul de muncă, intoxicațiile prin alcoolism, medicamente și **mai ales intoxicația tabagică**, reprezintă împrejurări dezas-

Scanned with OKEN Scanner

truoase echilibrului vieții organice funcționale și somatice. La fel și carențele în principii vitale — ca în proteine, lipide etc. avitaminozele etc. pe fondul unui teren organic predispus și susceptibil spre stări patologice, avînd un echilibru funcțional vegetativ deviat de la linia sa normală, desigur că în multe împrejurări vor crea condițiile declanșării proceselor patologice printre altele și a celor parodontopatice.

Nici condițiile sociale-economice ca și cele de muncă, pînă la epuizarea potențialului vital de adaptare și compensare, nu pot fi nesocotite în preocupările explicației complexului de fenomene disfuncționale sau distrofiante.

★

Este foarte important de cunoscut cum acționează factorii determinanți menționați mai sus pentru a declanșa stări și procese patologice generale ca și pe cele parodontopatice. Pe baza unor date apărute în literatura asupra fizio-patologiei somatice încercăm să schițăm o modestă explicație asupra mecanismului parodontopatogen.

Organismul omenesc în plina lui maturitate somato-funcțională se găsește continuu sub **acțiunea incitatorie variată în calitate, durată și intensitate** a unuia sau mai multor factori de proveniență exogenă sau endogenă. Acești factori pot influența echilibrul organic, deja într-o oarecare stare predispozantă și susceptibilă la stări patologice, așa cum de obicei întîlnim la parodontopatici, fenomene disfuncționale și procese distrofice din cele mai complexe, ceea ce face greu de stabilit, atunci cînd studiem un astfel de caz, în ce măsură asemenea perturbări se pot atribui unuia sau altor factori.

Acești factori, în general și cei creați de mediul exterior și înconjurător, în special, acționează uneori asupra sistemului parodontal prin **incitațiunea directă** a sistemului neuro-vegetativ, fără a perturba și leza mai întîi alte sisteme funcționale; pentru ca apoi acesta odată lezat sau perturbat în tonusul său funcțional să ducă la declanșarea proceselor distrofice parodontopatice. Astfel de împrejurări etiopatogenice le considerăm ca **acțiuni incitatorii directe sau primare.** În asemenea împrejurări, care de altfel sînt foarte rar întîlnite, nu găsim la organismul respectiv, în afara manifestărilor parodontopatice, altă stare patologică în evoluție. **Alteori,** factorii incitatori, prin durata, calitatea și mai ales intensitatea acțiunii lor pot determina acțiuni **incitatorii concomitente,** adică concomitent cu procesele parodontopatice apar și alte manifestări organice tot din categoria celor disfuncționale și distrofice, subordonate bineînțeles tot aceleași distonii vegetative dar într-o formă mai complexă. **De cele mai multe ori însă,** asemenea factori pot declanșa și **întreține mai întîi diverse manifestări organice,** altele decît cele în parodont, care manifestări evoluînd apoi ca entități morbide distincte, după un oarecare timp, ca o consecință a evoluției lor, prin substratul structural alterat al manifestării respective, se dă

Scanned with OKEN Scanner

loc unei incitații care devine și mai intensă și mai gravă; din această cauză, ca o complicație secundară față de complexul maladiv primar, dacă susceptibilitatea predispozantă a structurilor locale de la nivelul parodontului le va favoriza, acești factori vor contribui la provocarea și la nivelul parodontului a unor manifestări din categoria proceselor parodontopatice esențiale. **Aceste stări parodontopatice le privim drept consecințe ale unor stări incitatorii neuro-vegetative asupra parodontului, de proveniență secundară sau indirectă.**

Ilustrarea acestor afirmații ne-o oferă în patologia clinică, apariția și evoluția manifestărilor endocrinopatice, gastropatice, colite neurogene etc., care, uneori pot apare la unele organisme concomitent cu manifestările parodontopatice, subdependente și unele și celelalte aceloraşi cauze. Alteori însă, datorită unor împrejurări organice, cînd factorii incitatori găsesc în unele organisme o susceptibilitate și labilitate fizio-structurală numai la nivelul unuia sau a unor organe sau sisteme organice ca: glandele endocrine, aparatul cardiovascular, gastric, renal etc., starea anormală consecutivă acțiunii incitatorii neurovegetative va declanșa mai întîi, **adică primar,** în aceste organe sau sisteme, procese de ordin disfuncțional, apoi cu timpul și procese distrofice. Odată provocate asemenea stări acestea vor agrava și mai mult în **mod secundar,** chiar prin însăși evoluția lor, starea deja anormală a tonusului neurovegetativ, provocată de factorul incitator primar întreținînd-o printr-un mecanism de cerc vicios. În acest mod manifestările disfuncționale latente și discrete devin din ce în ce mai exagerate — iar după un oarecare interval — (în funcție de natura organică, adică de susceptibilitatea structurilor organice ca și de calitatea factorului incitator) vor duce la stadiul leziunilor structurale ale organului respectiv; maladia organismului poate numai să se limiteze la cadrul organului sau sistemului incitat (hipertensiune arterială, nevroză cardiacă, colite neurogene, gastro-enteropatii etc.) sau, prin evoluția lor aceste stări patologice, să intensifice stările incitatorii primare pe care le-a declanșat agravîndu-le. În acest mod ele **își vor complica indirect,** adică secundar, tabloul anatomo-clinic și cu alte manifestări, dacă bineînțeles le va favoriza starea predispozantă locală a organului sau sistemului respectiv. Asemenea manifestări, în raport cu cele de mai sus, trebuie considerate ca **procese patologice secundare.** În asemenea împrejurări pot apare și în structura parodontului procese distrofice evolutive parodontopatice esențiale, care în raport cu **manifestările primare și concomitente** respective sînt considerate ca **manifestări patologice secundare** altor stări patologice, adică debutînd ca o complicație a evoluției a acestora din urmă.

Aceste aspecte interdependente patologice sînt eventualitățile anatomo-clinice deseori dificil de interpretat. E foarte greu de stabilit la un moment dat care factor și în ce grad asemenea factor trebuie să fie considerat ca primar sau secundar în declanșarea proceselor parodontopatice. Este o chestiune care în cadrul problemelor etiopatogenice este foarte dificil de stabilit. De aceea, pentru aceste considerațiuni

Scanned with OKEN Scanner

se impune ca analiza manifestărilor clinice să fie foarte minuțioasă, iar principiile de asistență ale stărilor parodontopatice să fie făcute într-un complex perfect coordonat atît sub aspect local cît și sub aspect organic general.

Datorită corelațiilor de dependență, concomitență și coincidență patologică trebuie să privim sindromul parodontopatiei esențiale, aproape întotdeauna NU ca un accident patologic apărut izolat în viața echilibrată a unui organism ci conceput deseori ca un element, ca o verigă dintr-un complex de manifestări patologice; dintre acestea unele, deși poate mult mai grave, nu sînt atît de evidențiabile — așa cum se trădează leziunile parodontopatice prin apariția lor în arcadele alveolo-odontale, sub diverse aspecte de manifestare.

3. Factorii agravanți, locali sau oro-odontali

Acești factori agravanți, asupra cărora nu vom insista prea mult, deoarece ei constituie deja capitole întregi în tratatele de specialitate, sînt reprezentați de acțiunile nocive, iritative și traumatice, asupra elementelor structurale ale parodontului, fiind produse de diverse cauze cunoscute sau definite, care, așa cum am arătat în alt capitol, conturează în ansamblul lor categoria manifestărilor parodontopatice simptomatice. Ei pot proveni ca urmare a numeroase împrejurări intervenite în viața și activitatea organismelor respective, care tind să lezeze integritatea echilibrului structural și funcțional al sistemului alveolo-odontal, cum sînt tartrul dentar, defectele ocluzale, pioreea gingivală prin ignorarea regulilor de igienă bucală (Schmutz-piorhee); flora microbiană bucală sau piogenă; traumatismele abuzive asupra gingiei prin scobitori sau periaj; microtraumatismele asupra parodontului prin acte masticatorii defectuoase care ar leza papilele inter-odontale sau s-ar efectua pe arcade unilateral; micro-traumatismele provocate prin folosirea unor elemente de agregare protetice defectuos concepute, aplicate sau executate; micro-traumatismele prin ticuri oro-odontale, scrîșnituri nevropatice etc.; carențe vitaminice; prin acțiuni iritative ale unor produse toxice de eliminare de la acest nivel, fie de natură profesională, accidentală, fie provenite ca consecințe ale unor stări morbide ale organismelor, ca: diabet, stări uremice, intoxicațiuni alimentare, dispepsii, eliminări medicamentoase în decursul tratamentelor unor maladii specifice etc.

Dacă în parodontopatia simptomatică acești factori definesc tabloul clinic și etio-patogenic cu rol determinant, în etio-patogenia **parodontopatiei esențiale** însă, unde este în primul rînd o problemă de teren organic predispozant, ca și de factori organici disfuncționali și dismetabolici generali, cu rol în mare măsură determinant în procesele distrofice, **nu li se poate atribui decît doar un rol agravant,** de bruscare a proceselor lezionale odată ce ele au apărut și evoluează progresiv în masa structurii parodontului.

Scanned with OKEN Scanner

Acești factori locali, în acțiunea lor lezională, au anumite caractere demne de menționat și reținut. Deși ei uneori pot provoca procese lezionale din cele mai grave, cu manifestări din cele mai impresionante, totuși numai la simpla lor îndepărtare, completată cu elementare măsuri de asistență și igienă bucală, procesele respective se ameliorează evident, dacă nu chiar structurile lezate sînt remediate, restabilindu-se. În timp ce, deși mulți dintre asemenea factori ca tartrul, dezechilibrul ocluzo-articular, micro-traume de tot felul asupra parodontului etc., sînt depistați prin examene în tabloul de manifestare al parodontopatiei esențiale, totuși îndepărtarea sau combaterea lor, fie printr-un detartraj chiar executat ultrasonic, fie prin aplicarea unor șlefuiri selective, fie prin administrarea a tot felul de tratamente medicamentoase, dezinfectante, cauterizante sau sclerozante, fie prin acte fizio-terapice, balneoterapice etc., cum ele nu vizează elementul patologic în toată complexitatea lui și bazat pe criterii patologice și patogenetice concludente — desigur ele **nu vor aduce decît doar o ameliorare trecătoare în evoluția maladiei,** adică numai în măsura contribuției lor agravante asupra evoluției procesului distrofic, **dar nicidecum de vindecare,** așa cum ele realizează într-un mod satisfăcător în formele « simptomatice ».

În ceea ce privește dezechilibrul ocluzo-articular atît de exagerat interpretat ca factor etio-parodontopatogen esențial, el nu poate fi cauza provocatoare a proceselor distrofice esențiale, ci numai una din consecințele odonto-alveolare ale evoluției procesului distrofic. Acest proces distrofic, prin cronicitatea leziunilor osteolitice și mai ales osteitice ale osului alveolar, ca și prin țesutul supurativ de granulație care infiltrează structura spongioasă a osului alveolar și spațiul alveolar peridentar duce la împingerea și deplasarea dinților în diverse sensuri, **determinîndu-le stări migratorii,** uneori foarte grave și curioase, dezechilibru ocluzo-articular, mobilitate odontală simplă sau cu alveolite, ajungîndu-se în cele din urmă prin avulzia elementelor odontale rînd pe rînd la edentații parțiale sau totale.

Fenomenele apatiei vitale organice

Prin intricația complexului elementelor bio-fizio-patologice enunțate — ale terenului organic predispozant, pe de o parte, ale celui disfuncțional neuro-vegetativ și dismetabolic pe de altă parte, ca și sub acțiunea incitatorie a diverșilor factori care prin acțiuni incitatorii variate tind să provoace unor astfel de organisme procese și manifestări patologice de la cele mai simple și discrete leziuni și disfuncții, care pot deseori să dispară automat fără a fi luate în seamă sau depistate, și pînă la procesele distrofice din cele mai dramatice, — apare în structura gingivo-alveolară o anumită stare histopatologică, anatomo-clinică și radiologică, cu totul caracteristică sindromului parodontopatic. Această stare o considerăm o expresie bio-fizio-patologică a fenomenelor apatiei vitale organice, care biotrofic se manifestă sub forma unui

Scanned with OKEN Scanner

abiotrofism sau anergism al țesuturilor organului lezat. În această stare de apatie vitală, focarul distrofic prin evoluția sa nu provoacă nici un fel de reacție locală din partea țesuturilor cu care se învecinează, care să delimiteze sau să blocheze extinderea procesului așa cum se produce în patologia supurativă. Din contra, structurile de vecinătate a procesului distrofic rămîn într-o stare totală de indiferență, favorizînd astfel evoluția distructivă și infiltrativă lentă dar progresivă a elementului supurativ și de granulație. De asemenea evoluția distrofiei prin caracterele sale de apatie vitală nu provoacă organismului respectiv nici un fel de reacție evidentă generală cum ar fi: febra, reacția ganglionară regională peri- și submaxilară, alterarea hemogramei etc. așa cum sîntem obișnuiți să întîlnim în patologia generală în cazuri cu leziuni sau stări supurative grave cronice sau evolutive.

Această stare de apatie vitală este aceea care favorizează evoluția lentă sau mai rapidă a manifestărilor parodontopatice de la aspectul apioreic spre cel grav și supurativ sau pioreic, pînă la expulzarea elementele odontale, definind anatomoclinic o triadă simptomatică patognomonică, care constă în:

a) **foetor ex ore,** halena urît mirositoare caracteristică maladiei;
b) **distrofia evolutivă a structurii parodontale în complexitatea ei,** ca și
c) **dezbrăcarea segmentului radicular, migrarea dinților din focarele distrofice** în diverse sensuri ca și mobilitatea lor crescîndă, pînă ce se impune avulzia lor rînd pe rînd, triadă pe care o vom descrie mai în detaliu, în alt capitol al prezentei lucrări.

Problema apatiei este deosebit de importantă și sub aspectul eficienței asistenței terapeutice a maladiei. Considerăm că acestei apatii vitale se datorește faptul că procesele patologice ale sindromului nu beneficiază decît superficial și trecător, de foarte numeroasele metode de tratament elaborate de-a lungul anilor, de partizanii concepției localiciste, fie că ele sînt de natură chimioterapică, balneoterapică sau chirurgical-stomatologică. Aceasta se datorește tocmai faptului că ele nu vizau esențialul patologic, adică starea de apatie din focarul distrofic — ci numai unele elemente simptomatice de ordin supurativ, subordonate acestei apatii.

Unele considerații enzimologice

La ora actuală cercetările enzimologice, în vederea explicării fenomenelor locale, se pare că au o pondere explicativă din ce în ce mai importantă în această materie.

Prin cercetări biochimice și histochimice s-a ajuns a se stabili o specificitate enzimatică, catalitică. Sînt puse în evidență:

— enzime cito-plasmatice sub formă dizolvată;
— enzime mitocondriale sub formă solidă — mitocondrii, microsomi, biosomi etc. și

Scanned with OKEN Scanner

— izoenzime — amilaza, lipaza, fosfataza etc.

Fenomenele biocatalitice enzimatice specifice sînt cele care stimulează și favorizează accelerarea reacțiilor chimice, care condiționează metabolismul vieții organice. Din punct de vedere bio-histochimic, metabolismul este considerat ca o funcție enzimatică cu profil caracteristic fiecărui țesut sau organ.

În vederea explicării procesului intim fiziopatologic, s-a ajuns a se stabili rolul **enzimopatiilor genetice,** care prin defecte enzimatice, ar sta la baza multor stări și procese patologice. Pe baza unor micromutații genetice, intuite cu 50 de ani în urmă de Garrod și confirmate în timpurile actuale de Ingram, pe baza experiențelor lui Beadle și Tatum, se caută a se explica apariția și evoluția multor boli, ca fiind consecutive unor defecte în fenomenul mutațiilor genetice, unde ar lipsi anumite enzime active. Deficiența parțială sau totală a activității unei enzime poate altera căile metabolice normale, ducînd la consecințe patologice (Dr. Szegli Geza).

Cercetătorul italian S. Orlando (Rivista italiana di Stomatologia, Firenze, 1962) publică observațiile sale asupra activității **transaminazei** în sîngele parodontopaților. Transaminazele, enzime tisulare specifice, transportă în mod reversibil azotul aminic al unui acid aminat, la un cetoacid (fenomenul transaminației) formînd un nou aminoacid. Printre aceste transaminaze figurează transaminaze glutamino-oxalacetice și glutamino-pyruvice.

Meazzini și Costa (1959) au arătat că în stările parodontopatice se găsește în serul pacientului o activitate crescută a transaminazei. Leonessi (1960) a găsit în saliva parodontopaticilor cu carii, transaminaza crescută.

Orlando (1962) a stabilit că în parodontopatiile inflamatorii predomină transaminaza gutamino-oxalacetică. În formele mixte ambele transaminaze sînt crescute. De asemenea « parodontul » ar fi bogat în transaminaze. Tot Orlando subliniază faptul creșterii transaminazei în serul sanguin, care ar putea constitui un indiciu al unei parodontopatii inflamatorii și degenerative.

Vedem deci cît de interesante, complexe și vaste sînt cercetările asupra problemelor legate de fenomenele enzimatice normale ca și de defectele genetice prin care s-ar ajunge la declanșarea unor stări patologice legate de specificitatea deficiențelor genetice a enzimelor. Viitorul desigur va stabili prin noi și noi cercetări, explicarea proceselor intime parodontopatogenice esențiale.

Unele considerații asupra mecanismului instalării și evoluției distrofiei parodontopatice esențiale

Este foarte important de cunoscut, deși încă într-o formă plină de ipoteze, cum acționează acești incitatori menționați mai sus. Pe baza unor date din fiziopatologia

Scanned with OKEN Scanner

vegetativă generală, încercăm unele explicații care dacă nu satisfac pe moment, în timp ele se vor clarifica.

Există două categorii de considerațiuni:
a) predispoziția morfofuncțională a alveolei odontale;
b) fenomenele disfuncționale organice generale.

a) Predispoziția morfo-funcțională a alveolei odontale

Studiul complexului disfuncțional al sistemului neurovegetativ ca și al urmărilor structurale ale acestor disfuncții ne poate oferi o clară justificare ca să interpretăm și procesele distrofice ale parodontopatiei esențiale consecințe ale acelorași fenomene. Datele elaborate de lucrările lui Speranski, Entin, Reilly, Tardieu, Tinel, Hans Selye, Kraus și Hess — pe care le-am menționat în decursul acestei lucrări, ne îndreptățesc să încercăm să dăm o explicație apariției manifestărilor distrofice care se instalează la nivelul parodontului, adică să lămurim **prin ce mecanism procesele distrofice se instalează tocmai în aparatul de susținere a dinților.**

Credem că parodontul prin conformația sa structurală atît minerală cît și organică conferă o predispoziție structurală particulară și propice manifestărilor distrofice. Datorită acestei predispoziții procesele distrofice pot să apară la acest nivel ca consecințe disfuncționale neurovegetative, poate chiar înaintea celorlalte leziuni din alte organe sau sisteme pe care le găsim la parodontopați.

În adevăr, alveola odontală cu procesele sale alveolare ca și cu îmbrăcămintea sa gingivală, **deși cu o misiune funcțională atît de importantă, reprezintă în conformația ei expresia cea mai delicată a unei structuri terminale arterio-venoase, senzitiv-nervoase și mai ales neuro-vegetative.**

Osul alveolar, de geneză secundară, prin situația lui marginală este constituit din două lamele osteo-periostice subțiri, avînd între ele o masă trabeculară mult spongioasă. Structura aceasta este subordonată unei bogate rețele capilare terminale foarte sensibilă fluctuațiilor neuro-vegetativului care și el la rîndul lui este lesne influențat de acțiuni variabile incitatorii fie din afară sau organice. Atunci cînd o asemenea structură mai aparține și unor organisme cu o tară constituțională deosebit de susceptibilă manifestărilor patologice, este creată **justificarea fizio-patologică și structurală a instalării și apariției la acest nivel a proceselor de ordin distrofic ori de cîte ori disfuncțiuni hotărîtoare mai grave sau mai discrete survin în sistemul care are tocmai menirea să dirijeze echilibrul static și funcțional atît celular cît și tisular.**

Disfuncțiile grave neuro-vegetative așa precum am văzut (Reilly, Speransky etc.) pot avea repercusiuni determinante asupra vieții structurale a parodontului.

Scanned with OKEN Scanner

Consecutiv lor vor apare la acest nivel atît în structura osoasă a alveolei ca și în mucoasa gingivală, procese opuse vitalității și troficității normale organice. Acestea vor altera vitalitatea și troficitatea tisulară prin starea de tonus incitator al sistemului neuro-vegetativ care implicit, așa cum demonstrează Reilly, determină o diminuare sau o abolire a potențialului constructiv prin care normal, organismul automat își asigură redresarea și refacerea edificiului structural al osului alveolar ca și a elementelor sale gingivale.

Prin fenomenul diminuării oxidazelor și perioxidazelor (prof. dr. Marinescu și colab.) provocat de leziunile vasculare și celulare care favorizează o asfixie locală a țesuturilor, consecință a stărilor incitatorii neuro-vegetative (Reilly și școala sa) se creează o stare gravă de alterare a vitalității și troficității organice generale și în special locale care face ca osul alveolar atît de delicat în structură să încerce poate printre primele structuri procesul unei dezagregări în sensul unei topiri, unei destrămări a marginii ca și a pereților săi, ducînd lent sau mai rapid dar progresiv la procesul evoluției distrofice a organului parodontal osos ca și a mucoasei gingivale cu procesele sale interodontale.

b) **Fenomenele disfuncționale organice generale**

Organismul uman, în plină maturitate somato-funcțională, se găsește continuu supus **unor acțiuni incitatorii, variabile în calitate, intensitate și durată,** provocate de factori de proveniență **exogenă sau endogenă.** Acești factori pot influența echilibrul activității unui organism determinîndu-i stări patologice, mai ales cînd un astfel de organism prezintă o labilitate și susceptibilitate prin predispoziția sa somato-funcțională spre astfel de stări. În asemenea împrejurări sînt declanșate și fenomenele parodontopatice esențiale, uneori din cele mai complexe, sub aspect etiopatogenic, ceea ce face foarte greu de definit cînd se studiază un asemenea caz, cărui factor i se pot atribui procesele disbiotrofice constatate în structura parodontului respectiv.

Acești factori în general, dar mai ales cei stressanți creați de mediul înconjurător, acționează **uneori** asupra sistemului parodontal, prin **incitație directă** asupra sistemului neuro-vegetativ, fără a perturba și leza, cum se întîmplă **alteori,** mai întîi alte sisteme funcționale, pentru ca apoi, după ce au produs disfuncțiuni și leziuni în acestea, **să incite indirect** tonusul neuro-vegetativ care astfel să ducă la declanșarea proceselor disbiotrofice parodontopatice esențiale. Asemenea împrejurări etiopatogenice **le considerăm ca acțiuni incitatorii directe și primare.** Pe celelalte, și care sînt cele mai frecvente, care survin unor procese și manifestări patologice în alte organe sau sisteme funcționale, cînd **incitația** a găsit în structura lor o labilitate predispozantă spre stări patologice, va provoca **secundar** distonia vegetativă pentru ca pe acest releu să influențeze nociv și structura parodontului spre procese evolutive disbiotrofice. Aceste împrejurări patologice le considerăm consecințe

Scanned with OKEN Scanner

ale unor stări incitatorii neuro-vegetative cu efecte disfuncționale și distrofice asupra parodontului, de proveniență **indirectă și secundară.**

Dar în afară de aceste două stări parodontopatice esențiale, primare și secundare mai întîlnim și o a 3-a eventualitate, este **aspectul concomitenței parodontopatice** cu alte manifestări din patologia organismului. În astfel de împrejurări atît manifestările parodontopatice esențiale, ca și celelalte manifestări ale patologiei organismului, fie în organe sau sisteme, sînt dependente și unele și celelalte aceloraşi cauze, iar **factorul incitator** pe releul neuro-vegetativului găsind structuri cu labilitate și susceptibilitate predispozantă, atît în parodont cît și în alte organe, va provoca concomitent și în aceste organe ca și în structura parodontului, tot felul de manifestări atît generale ca: colite neurogene, ulcere gastro-duodenale, hipertensiune arterială esențială, cardiopatii neurogene etc., ca și cele de la nivelul organului parodontal — parodontopatia esențială.

Datorită acestor corelații, aceste aspecte patologice sînt eventualități anatomo-clinice dificil de interpretat și de asemenea greu de atribuit cărui factor și în ce grad un astfel de factor trebuie să fie el și nu altul, acela care a provocat și declanșat procesul parodontopatiei esențiale, fie primar, secundar sau de concomitență patologică. **Tocmai din aceste motive ne-am oprit asupra noțiunii de « esențial », completînd și definind prin această noțiune cadrul nosologic parodontopatic.**

Aceste elemente de subdependență sau concomitență patologică trebuiesc analizate cu multă atenție, mai ales atunci cînd ne punem problema stabilirii modalității de asistență a acestui sindrom.

Datorită corelațiilor de dependență, concomitență și coincidență a manifestărilor parodontopatice cu alte manifestări patologice ale organismului respectiv, trebuie să privim **sindromul parodontopatiei esențiale aproape întotdeauna NU ca un accident patologic apărut izolat în viața echilibrată a unui organism, ci conceput deseori ca un element, ca o verigă a unui lanț complex de manifestări patologice dintre care unele, deşi poate mult mai grave, dar nu atît evidențiabile așa cum apar leziunile parodontopatice esențiale în arcadele alveolo-odontale, sub diverse aspecte de manifestare.**

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAȚII ANATOMOPATOLOGICE ȘI RADIOLOGICE ASUPRA DISTROFIEI PARODONTOPATICE ESENȚIALE

Aspectele apioreice și pioreice. Stadiile evolutive

Distrofia parodontului se manifestă atît asupra osului alveolar, asupra mucoasei gingivale, precum și asupra ligamentului gingivo-alveolo-odontal.

Distrofia osului alveolar, anatomo-patologic constă dintr-un proces de distrugere, de destrămare, de liză a structurii marginale a pereților alveolari (fig. 8, 9, 10, 11) ca și a septurilor interalveolare, proces care încetul cu încetul se aprofundează în masa osului alveolar pînă la distrugerea lui completă.

Acest proces are la bază un fenomen fiziopatologic de deplasare, de mobilizare a elementului mineral din structura traveelor osoase ale pereților alveolari.

Procesul lizei marginale a conturului alveolar este numai în aparență marginal căci în realitate, histopatologic, el interesează traveele (planșa I și II) osoase mult mai în profunzimea edificiului osului alveolar evoluînd cu tendință de a reduce înălțimea osului atît în sens orizontal, cît și vertical.

Procesul alveolizei, așa cum îl întîlnim noi în practica zilnică, rar domină singur tabloul anatomo-patologic, căci la aproximativ 90% dintre parodontopații examinați, prin intervenția în focar a elementului microbian, el este însoțit și de manifestări supurative caracteristice din partea mucoasei gingivale și a proceselor sale interodontale. În astfel de împrejurări liza marginală prezintă aspectul unei **osteolize-osteitice marginal eevolutive** tipice cu caractere de cronicitate, alteori mai acute, fără a provoca din partea țesuturilor vecine nici cea mai discretă reacție de delimitare și de izolare a focarului distrofic, așa cum sîntem obișnuiți să constatăm în patologia osoasă generală de tip supurativ. Acest aspect patologic îl considerăm ca

Scanned with OKEN Scanner

manifestarea unei **stări de apatie vitală organică** patognomonică sindromului parodontopatic esențial.

Procesele osteolitice constatate în distrofia parodontopatului nu trebuie considerate că ar fi numai accidente locale și izolate, specifice numai distrofiei osului alveolar, ci ca manifestări mult mai complexe ale sistemului scheletic.

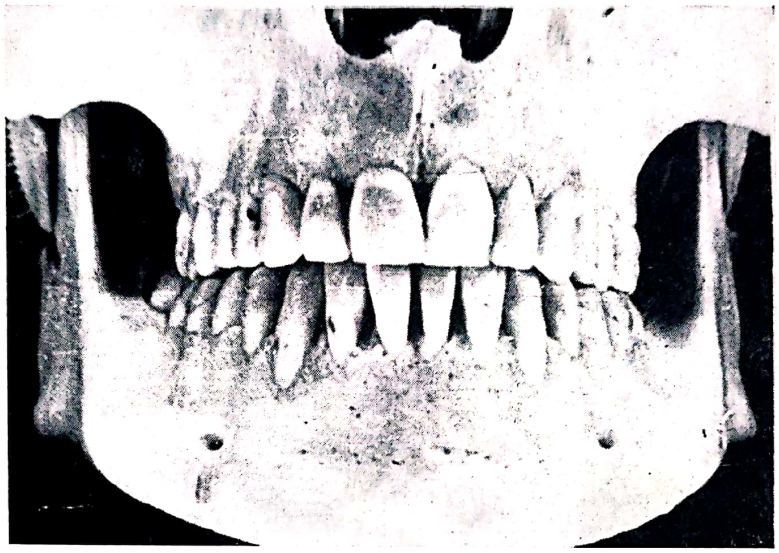


Fig. 8 — Aspect scheletic alveolar normal (frontal).

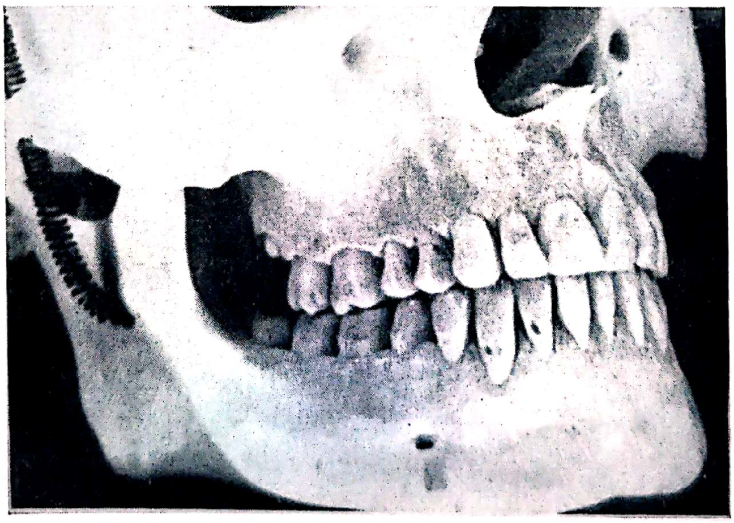


Fig. 9 — Aspect scheletic alveolar normal (sagital).

Pentru a ilustra aceste afirmații ne permitem să citățm și observația importantă a doi autori — Duyvenez și Groen (Utrecht) *. Acești autori, examinînd radiologic

* Congresul ARPA International, 1949

Scanned with OKEN Scanner

coloana vertebrală a unui număr de parodontopați, găsesc la nivelul ei o stare de **osteoporoză** evidentă, pe baza căror considerații și ei ajung să confirme că în parodontopatia esențială este vorba NU de un sindrom izolat care evoluează numai la nivelul parodontului, ci de manifestări mult mai grave ale unei osteoporoze generale presenile, în cadrul cărora procesele alveolitice ar reprezenta numai o verigă, un

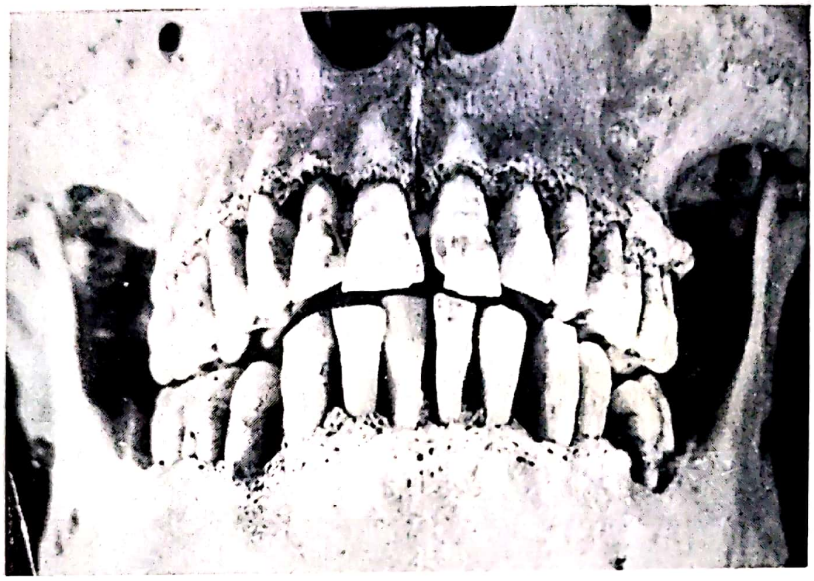


Fig. 10 — Craniu cu distrofii alveolare.

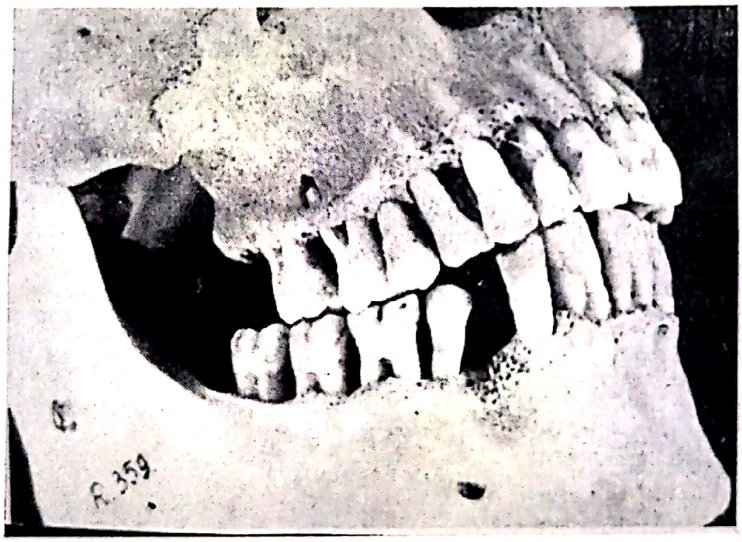


Fig. 11 — Aspect sagital al craniului din fig. 10.

element patologic și poate, prin exteriozarea lui precoce, cel mai important.

Manifestările histo-patologice și clinice ale mucoasei gingivale îmbracă caracterele leziunilor de tipul celor trofice. Aceste leziuni constau mai întîi, atunci cînd ele debutează, într-o edematiere mai discretă, apoi mai gravă a marginii gingivale

din jurul coletului odontal, ca și a proceselor gingivale inter-odontale. La început leziunea are aspectul mai discret apoi mai accentuat al unui lizereu roșu-cianotic spre violaceu, friabil și sîngerînd la cea mai mică atingere. Această edematiere nu este de tipul gingivitelor întîlnite în stările catameniale sau gravidice sau a gingivitelor inflamatorii ale unor guri neîngrijite (Schmutzpiorhee, Gottlieb) și nici a

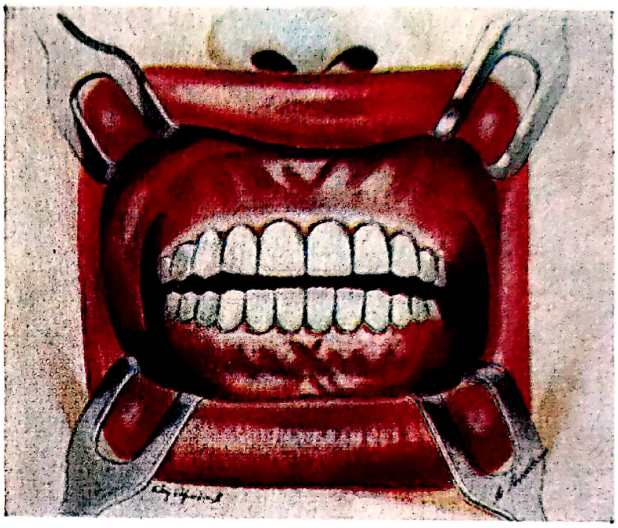


Fig. 12 — Aspect gingival normal.

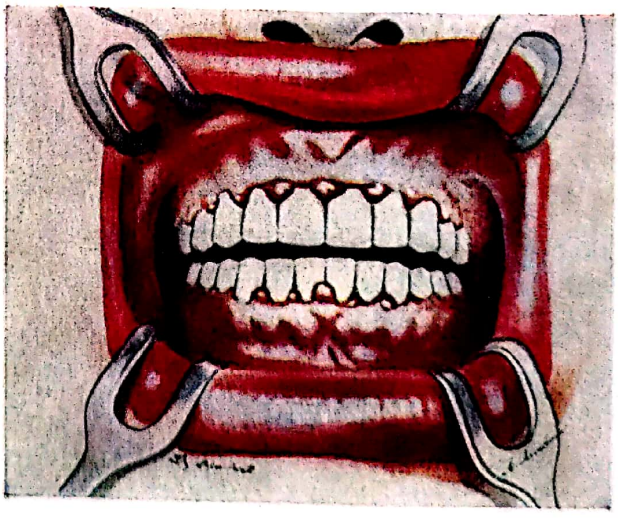


Fig. 13 — Aspect parodontopatic.

gingivitelor care apar în diversele stări maladive febrile sau toxiinflamatorii provocate de diverse intoxicații ale organismului, de genul celor toxi-medicamentoase determinate de eliminările care se găsesc uneori la nivelul marginii și a proceselor gingivale, cînd acestea îmbracă aspectele caracteristice ale agentului care provoacă intoxicația organismului. Ele prezintă caracterul unui edem particular de tip trofic,

Scanned with OKEN Scanner

de un aspect roșu-cianotic spre violaceu de carne în putrezire, **fără nici o tendință de retrocedare, oprire sau ameliorare chiar după orice fel de tratament aplicat,** stare care rămîne indiferentă față de toate măsurile de tratament ale celui în cauză.

Edemul gingival, subordonat unor tulburări grave survenite în troficitatea generală a structurilor organice, inclusiv la nivelul structurii parodontului, odată ce el a apărut, îi urmează și procesul de distrugere, de mortificare și putrezire a elementelor celulare și tisulare ale marginii gingivale. În acest mod se creează la acest nivel un mediu prielnic dezvoltării florei microbiene saprofite și piogene bucale, atît de variată și abundentă. Pe socoteala acestor țesuturi ale marginii gingivale în plin proces de alterare biotrofică a vitalității lor, fără a manifesta atît clinic ca și histo-patologic nici cea mai vagă reacție de reparare și refacere spontană dăinuind mereu ulcerate și sîngerînde la cel mai neînsemnat contact cu unele alimente. De asemenea sînt iritate și prin fenomene de fermentație a țesuturilor mortificate ca și a resturilor organice pătrunse în fundurile de sac gingivo-alveolo-odontale, devenite patologic mai adînci. Supra-adăugîndu-se acestor condiții de mediu și agenții florei microbiene bucale — fatalmente, în afară de acea halenă a foetorului ex ore atît de respingătoare, vor apare odată cu secrețiile pioreice din fundurile de sac gingivo-odontale (vezi planșa I și II) și manifestările inflamatorii de tipul gingivitelor pioreice specifice și patognomonice parodontopatiei esențiale.

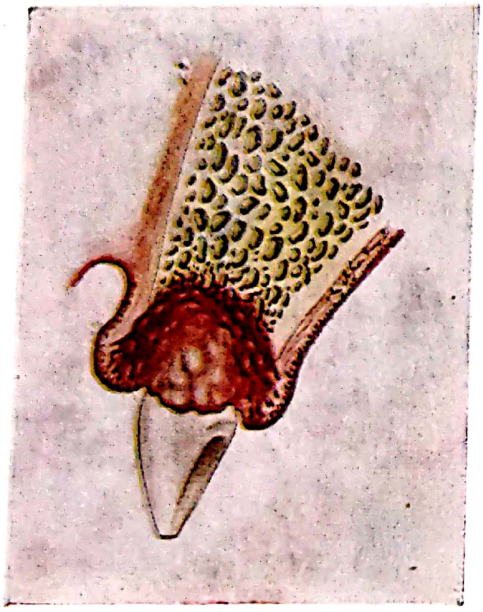


Fig. 14 — Secțiune între canin și premolarul stîng.

Acestor fenomene hipotrofice sau mai precis disbiotrofice generale și locale — care conferă gingiei o vitalitate diminuată și o scădere a puterii de reacție și apărare față de acțiunea nocivă microbiană bucală, se datoresc leziunilor pioreice ale contururilor osului alveolar subiacent acestor gingii bolnave. Aceste leziuni complică în sens osteitic evoluția alveolitică. Intervenția în focar a elementului septic schimbă aspectul evolutiv al distrofiei alveolitice din distrofie simplă apioreică în forma pioreică, grăbind și prin elementul supurativ evoluția distructivă care minează treptat, treptat, conformația funcțională și structurală a parodontului, amenințînd în acest mod și statistica elementelor odontale.

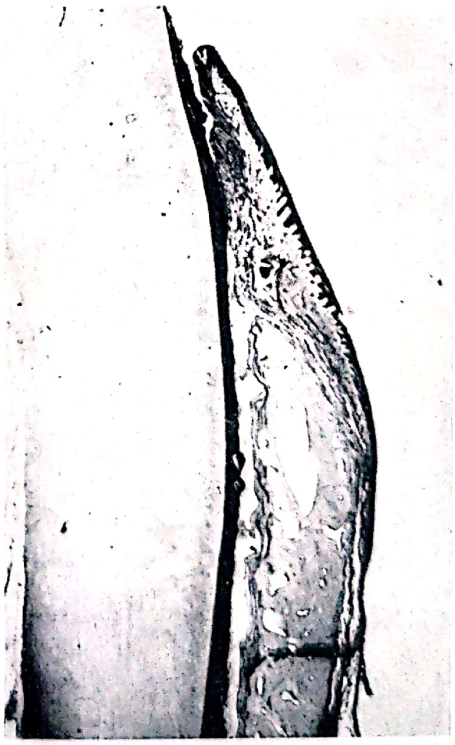
O dată cu fenomenul edematos trofic și sub acțiunea iritației fermentațiilor, a toxinelor microbiene ca și a microbilor ce se multiplică în fundurile de sac și sub procesele gingivale inter-odontale edemațiate, ca și pe socoteala osteitei marginale,

Scanned with OKEN Scanner

1

2

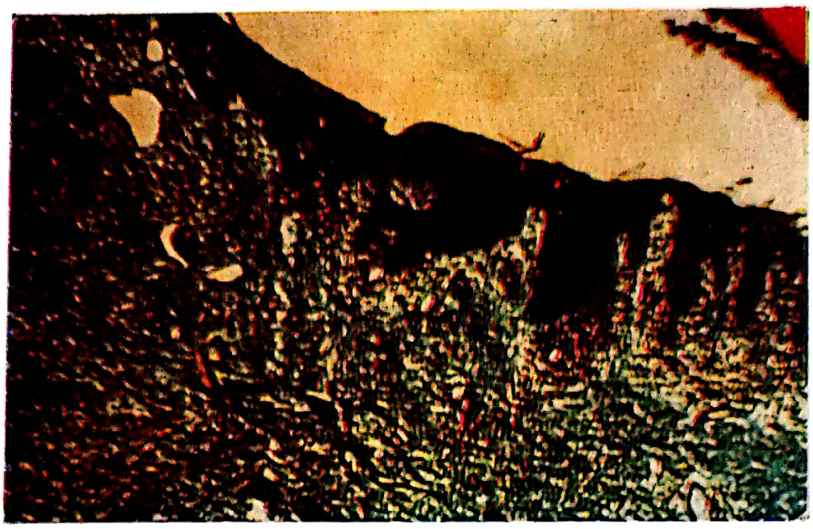
3



Planșa I — Aspecte histopatologice a distrofiei parodontopatice (imagini la microscopul electronic după prof. H. Goldman — Boston).

1 — Proces distrofic gingivo-alveolar (debut).
2 — Proces parodontopatic; debut.
3 — Proces disbiotrofic de debut — cu pungă pioreică constituită.

Scanned with OKEN Scanner



4

5

6

Planșa II — Aspecte histopatologice ale distrofiei parodontopatice (imagini la microscopul electronic după prof. H. Goldman — Boston).

4 — Hipertrofie epitelială și infiltrație inflamatorie în corion.
5 — Osteită disbiotrofică a osului alveolar și infiltrație inflamatorie.
6 — Proces disbiotrofic evolutiv al osului alveolar; absența reacției osoase, element care caracterizează fenomenele «apatiei vitale organice» patognomonice parodontopatiei esențiale.

Scanned with OKEN Scanner

se dezvoltă un țesut celular tînăr de neoformație, de reacție conjunctivă — este țesutul de granulație caracteristic proceselor distrofice supurative parodontopatice (fig. 11). Acest țesut de granulație nu se deosebește cu nimic de cel ce se dezvoltă în plăgile atone sau focarele osteitice cronice unde țesuturile ulcerate nu prezintă decît o vagă reacție a vitalității și troficității lor.

Țesutul acesta de granulație format din celule conjunctive tinere, pe lîngă că întreține în focar procesul de distrucție și supurație la nesfîrșit, dar el are și o mare particularitate și anume de a se infiltra atît în structura osului alveolar rarefiată prin procesul de osteoporoză ca și în spațiul respectiv alveolo-odontal, determinînd dintelui respectiv **lente și continue deplasări migratorii,** atît în sens axial ca și de lateralitate, mobilizîndu-l încetul cu încetul, pînă cînd în cele din urmă îl expulzează. Arcadele odontale astfel lezate de foarte multe ori prezintă dezechilibre ocluzo-articulare din cele mai variate și curioase, stări care impun dificile probleme în preocupările terapeutice.

Țesutul de granulație în continuu proces de hiperplazie, infiltrîndu-se încetul cu încetul în structura conturului alveolar deja existent în proces de osteoliză, în mod mecanic accelerează și el distrugerea osului alveolar, dînd loc unor aspecte de **hialistereză** cu lacune mai mari sau mai mici, pline cu elemente hemoragice sau cu elemente conjunctive, aspecte care pe mulți cercetători i-a făcut să dea o interpretare histopatologică personală procesului osteolitic și aspectului supurativ.

Fără să contestăm valoarea frumoaselor cercetări ale exponenților școlii de la Innsbruck — Haupl și Lang — ca și cercetările lui Kölicker care consideră liza osului alveolar ca o consecință a unei osteoclazii produse de apariția, dezvoltarea și viața celulelor osteoclaste în lacunele din osul alveolar, credem că acele elemente celulare descrise de ei nu sînt decît aceleași celule ale țesutului de granulație, care prin hiperplazie și infiltrare în porozitatea osului alveolar presînd lent, continuu și progresiv, determină și în mod mecanic o distrugere mult mai rapidă a osului, transformînd spongiozitatea structurală a pereților alveolari în lacune osteoporotice de diverse forme și mărimi, în care lacune, celulele conjunctive îmbracă o formă mai evoluată și maturizată. Dovada dependenței acestor « osteoclaste » de ansamblul procesului de granulație și proliferare ne-o dă proba terapeutică. Dacă prin actul operației am extirpat perfect țesutul de granulație din fundurile de sac și spațiile alveolo-odontale am raclat bine conturul marginal în osteită și apoi am aplicat o dezinfecție puternică care a pătruns profund în spongiozitatea osului alveolar, elementele celulare din lacunele osteoporotice eventual rămase, ele se vor atrofia și dispărea fără a mai da vreo recrudescență postoperatorie chiar după ani. Dacă ele ar avea o independență de viață, adică dacă n-ar ține de procesul de granulație și proliferare din fundurile de sac, atunci după operație cu nimic n-ar fi justificat ca ele să nu-și

Scanned with OKEN Scanner

continue activitatea osteolitică. Practica ne dovedește că această osteoliză nu mai are loc după intervențiile noastre.

Procesul gingival cu aspectul său inflamator, supurativ și de necroză a structurii sale, împreună cu procesul țesutului de granulație, în mersul lor distrofic urmînd bineînțeles fidel procesul distrofic osos, încetul cu încetul dezgolește dintele res-

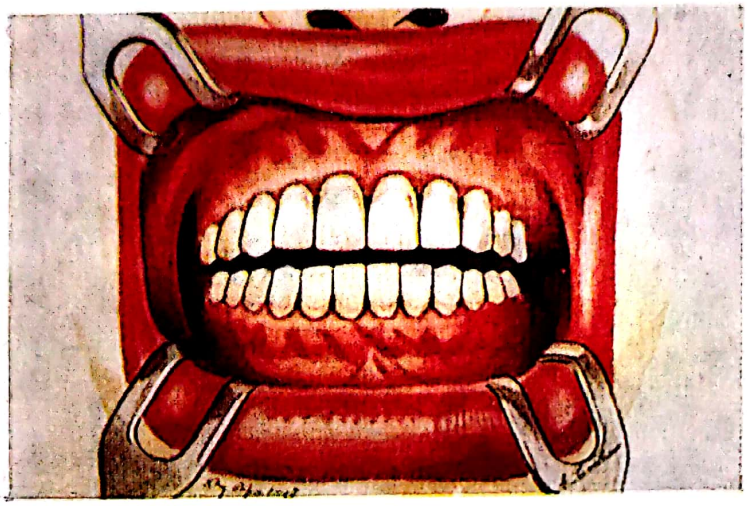


Fig. 15 — Aspect parodontopatic apioreic.

pectiv, îi distruge și ligamentele prin care acesta se găsește atașat de suportul său static și dinamic, care dinte **începe să se mobilizeze lent și progresiv** pînă cînd mobilitatea sa prin jenă funcțională solicită extracția sau expulzarea.

Distrofia acelorași elemente și moi și osoase ale parodontului într-un procentaj de aproximativ 10% din cazuri o întîlnim cu totul sub alte aspecte. Este vorba de aspectul clinic al **parodontopatiei esențiale — apioreică** (fig. 15), pe care îl atribuim calităților unui teren organic nu atît de susceptibil maladiilor distrofice, iar acțiunea incitatorie asupra echilibrului vital este mai ușoară, mai lentă, ceea ce face ca organismul respectiv să reacționeze prin eforturi de compensare și acomodare funcțională și structurală, atenuîndu-le evoluția. În această eventualitate anatomoclinică procesele distrofiante nu debutează cu atîta brutalitate și cu o evoluție atît de rapidă în mersul distrucției lor, de aceea ele nici nu ajung la aspectul proceselor pioreice expuse mai sus. Țesuturile respective nu-și au decît în parte, diminuată vitalitatea și troficitatea. În aceste împrejurări ele mai prezintă un oarecare potențial de reacție, opunînd prin troficitatea structurii sale o oarecare rezistență față de nocivitatea florei microbiene.

Datorită acestor calități ale terenului organic ca și acțiunii mai blînde și mai lente a factorului determinant incitator care provoacă și întreține distonia vegeta-

Scanned with OKEN Scanner

tivă, se explică de ce în parodontopatia esențială apioreică mucoasa gingivală ca și procesele sale prezintă un aspect aproape asemănător cu cel al mucoasei gingivale normale, ea fiind doar de o structură mai fină, mai subțire, cu o ușoară și discretă paliditate mai accentuată spre marginile sale. Deși mucoasa are detașate conexiunile ei cu coletul dintelui pe care îl dezgolește, ea urmează involuția osului subiacent, rămînînd strîns atașată de periostul osului alveolar în distrofie, păstrîndu-și aspectul și structura mult aproape de cele normale.

Ligamentul gingivo-alveolo-odontal lezat și el de fenomenele disbiotrofice generale urmează procesul de distrofie locală distrugîndu-se odată cu distrofia osului alveolar și a mucoasei gingivale, ducînd încetul cu încetul spre mobilitatea și expulzarea prematură a dintelui respectiv.

Unele aspecte radiografice ale distrofiei parodontopatice esențiale

Aceste caractere histopatologice arătate mai sus conferă leziunii distrofice pe imaginile radiografice unele aspecte caracteristice. Astfel, datorită distrucției și evoluției osteolitice și osteitice ca și dezvoltării infiltrative în focar a țesutului de

Fig. 16 — Aspect distrofic parodontopatic de debut.

granulație, acestea se prezintă (fig. 16) cu aspectul unor denivelări ale rebordului alveolar — atît în sens orizontal, cînd procesul interesează și se extinde uniform (ceea ce întîlnim deosebit de rar) pe întregul sistem paradontal ca și în sens vertical, cînd procesul săpînd ici și colo în profunzimea osului alveolar se limitează la o singură

Scanned with OKEN Scanner

alveolă sau la un grup alveolar. În această ultimă împrejurare imaginea radiografică deseori are aspectul crateriform, care constă într-o topire a țesutului osos (fig. 17) în jurul dintelui, lărgind în pîlnie spațiul alveolo-odontal, avînd în axul ei dintele respectiv. Leziunea crateriformă se datorește proliferării și infiltrării țesutului de granulație în spațiul alveolo-odontal ca și lizei mai rapide a osului alveolar spre

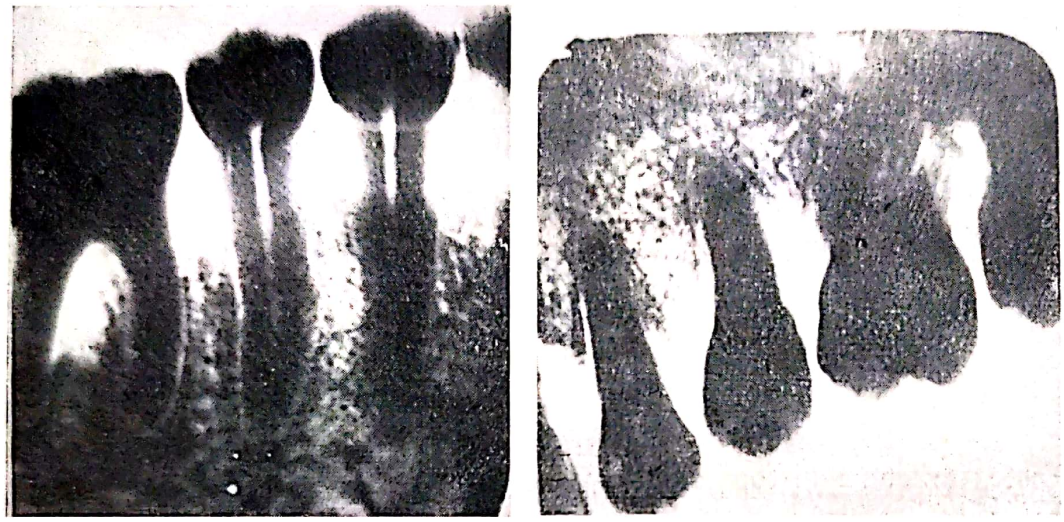


Fig. 17 — Aspect distrofic evolutiv.

partea cavității alveolare, spre care structura sa spongioasă are o corticală mult mai redusă, deci și mai ușor de atacat de procesul distructiv în raport cu cea exterioară; aceasta este mult mai groasă, deci va suporta procesul alveolizei mult mai încetinit. Cînd apare acest aspect crateriform mobilitatea dintelui respectiv se va agrava din ce în ce, ducînd în scurt timp la fenomene alveolitice care impun expulzarea dintelui din focar.

Osul alveolar, atît la evoluția orizontală a distrofiei ca și la cea verticală, pe imaginile radiografice prezintă aspectul unei topiri a marginii conturului alveolar. Această margine și-a pierdut limitele corticalei osteo-periostice. Această liză a corticalei, din cauza procesului de deplasare minerală și de dezorganizare structurală, este mult mai profundă decît apare. Datorită acestui proces, pe imaginile radiografice în structura traveelor se poate ușor distinge un aspect accentuat de rarefacție în plină evoluție (fig. 17) care diminuează spre profunzimea masei osoase.

Ceea ce este caracteristic sau mai precis patognomonic — numai imaginii parodontopatice esențiale, diferențiindu-se prin aceasta de aspectele radiologice ale altor procese distructive ale structurii osoase în general și în special ale osului alveolar, **este tocmai lipsa oricărui indiciu de reacție de apărare și de delimitare a**

procesului și eventual de reparare — așa cum de obicei constatăm în leziunile supurative osteitice sau în procesele tumorale benigne (osteoame, chisturi, odontoame etc.) unde focarul lezional ne apare radiografic delimitat de o zonă compactă de condensare osoasă de reacție delimitatorie și reparatorie. Acest aspect trădează aceeași stare de apatie vitală organică, caracteristică sindromului parodontopatic.

Tocmai acestei stări particulare de apatie vitală organică — unde, atît radiologic cît și anatomoclinic, se constată că nu este nici o schițare a vreunei tendințe organice automate, nu de reacție reparatorie dar nici măcar de apărare și de delimitare, — se datoresc **condițiile favorabile apariției și mai ales evoluției unui proces distrofic particular, care prin elementele sale patologice caracterizează manifestarea anatomoclinică a sindromului parodontopatiei esențiale.**

Profunzimea procesului distrofiant pe imaginile radiografice este în raport cu durata evoluției maladiei precum și cu aspectul anatomopatologic al parodontopatiei esențiale. Dacă ea este un proces lent care evoluează fără simptomele grave ale supurației, adică cu aspectul uscat sau apioreic, distrucțiile minează foarte lent masa osului alveolar. Cînd distrofia îmbracă tabloul anatomoclinic al unor manifestări brutale, cu o evoluție activă în supurație și distrucție, distrofia va avea un aspect foarte dramatic.

Aceste caractere histopatologice și radiologice sînt foarte importante de cunoscut, deoarece ele ne explică de ce unele parodontopatii evoluează trenînd 10—15 ani pînă să ajungă la dezastrul eliminărilor odontale și de ce altele după 2—3 ani de evoluție ajung într-un stadiu cînd nu li se mai poate aduce aproape nici un remediu în sensul salvării sistemului odontal.

Procesele distructive trădate de imaginile radiografice pot fi localizate, adică interesînd numai alveola unui dinte, a unui grup alveolar sau pot fi generalizate, adică ele interesînd întreg sistemul alveolar, bineînțeles pe ici și colo în stadii mai avansate alternînd cu altele mai în debut. N-am reușit cu toată vasta noastră experiență să tragem o concluzie cînd și care alveole și care din arcade sînt mai frecvent atinse și în ce împrejurări.

★

Aspectul imaginilor radiografice are o mare importanță și în activitatea clinică, atunci cînd avem de stabilit, în fața unei inflamații gingivale sau dezgoliri și mobilitate odontală, dacă acestea sînt de natură parodontopatică esențială sau sînt eventualități atribuibile altor cauze ca: gingivite tartrice, toxiinflamatorii, gravidice, depozări prin periaj abuziv și traumatic, prin involuție de senescență etc.

Știrbirea corticalei, a limbusului septului interalveolar ca și a marginii conturului osos-alveolar definește diagnosticul diferențial între distrofia parodonțiului

unde aceasta este un element caracteristic și celelalte aspecte, care sînt superficiale și limitate la leziuni trecătoare ale mucoasei gingivale cu respectarea corticalei conturului alveolar.

*

Analizînd elementele anatomo-patologice, clinice și radiologice expuse mai sus, sub care se prezintă sindromul parodontopatiei esențiale, constatăm că complexul acestor elemente se poate încadra concludent într-o **triadă simptomatică patognomonică.**

Această triadă este constituită din următoarele elemente, care în linii generale conturează aspectul anatomo-clinic al maladiei parodontopatice esențiale, și care sînt:

a. **Foetor ex ore,** manifestat printr-o fetiditate, o halenă indolică foarte urît mirositoare a gurilor parodontopaților. Este mirosul exalat al unor fermentații — atît ale resturilor alimentare pătrunse și rămase în spațiile inter-odontale și fundurile de sac gingivo-alveolo-odontale devenite mult mai profunde, cît mai ales ale putrefacțiilor detritusurilor țesuturilor în distrofie, din aceste pungi pioreice în care, găsind un mediu hipotrofic prielnic multiplicării bacteriene, s-a suprapus și elementul piogen. Elementul fetidității atît de caracteristic, pe care îl exală parodontopații, are o deosebită importanță atît sub aspect psihic și social cît și medical. Acestei halene se datorește faptul că mulți parodontopați, pedanți în igiena bucală devin la un moment dat adevărați psihopați, capătă un complex de jenă în mediul lor social de viață și activitate, iar în disperarea lor, dat fiind că nici un ingredient medicamentos sau cosmetic nu le ajută, caută sfatul medicului ca și remediul respectiv de la acesta.

b. **Distrofia structurilor parodontale,** manifestată la început printr-o edematiere trofică, apoi prin congestie și inflamație hipertrofică și hiperplazică a marginii gingivale ca și a proceselor sale inter-odontale și care sîngerează la cea mai mică atingere atît în actul masticației cît și în cele exploratorii. Această stare gingivală în primul rînd maschează o dezbrăcare reală a segmentului radicular pe care îl acoperă, iar în al doilea rînd, sub aceste margini care sînt detașate și desprinse de coletul odontal, se creează din fundurile de sac normale cavități sau pungi pioreice pline cu produse ale proceselor atît piogene cît și de fermentație și putrefacție ale țesuturilor în mortificare, de unde și cauza acelei fetidități arătate mai sus.

În aspectul apioreic al maladiei, distrofia se limitează la osteoliza conturului alveolar care față de cea din aspectul pioreic, este lentă, discretă, dar progresivă și cu durată mult îndelungată. Gingia prezintă un aspect de atrofie, fără congestie, chiar cu puțină paloare pe marginile ei, iar din cauză că rămîne strîns atașată de periostul subiacent, urmează procesul involuției distrofice, dezbrăcînd în acest mod lent și progresiv segmentul radicular de la colet spre apex, mai accentuat pe ver-

Scanned with OKEN Scanner

santul vestibular decît cel palatinal sau lingual. În forma pioreică, distrofia alveolară îmbracă un **aspect osteitic marginal evolutiv** și **fără caractere delimitatorii. Sînt fenomenele apatiei vitale organice.**

c. **Denudarea** sau **deșosarea segmentului radicular,** mai gravă ca evoluție la aspectul pioreic și mai lentă la acel apioreic. **Migrarea** în diverse sensuri a elementelor odontale aflate în centrul focarului distrofic, apoi încetul cu încetul, ca o consecință a proceselor distrofice și de dezgolire apare mobilitatea odontală care se agravează pe măsura evoluției maladiei pioreice, pînă ce alveolitele care intervin în focar ca și agravarea mobilității și a jenei funcționale impun avulzia rînd pe rînd a elementelor odontale.

Procesele distrofice arătate mai sus, survenite în viața unui organism care se află în epoca de plin echilibru al maturității sale organice atît funcțional cît și structural, conferă sindromului parodontopatic caractere patologice care au multă asemănare cu procesele distrofice ale involuției normale ale bătrîneții.

În parodontopatia esențială fiziopatologic se pare că se petrece un fenomen de bruscare a maturității organice — îmbătrînind-o, făcînd să i se suprapună (în chip anormal, prea precoce), unele stigmate care aparțin de fapt celeilalte epoci, adică epocii evoluției normale finale, de senilitate. Aci sau colo, se instalează manifestări disfuncționale și procese structurale disbiotrofice care anatomopatologic sînt procese ale unei senescențe prea timpurii, juvenile, care totuși sînt bine distincte de involuțiile senescenței fiziologice. Căci să fim bine lămuriți, sindromul parodontopatiei esențiale prin caracterele evoluției distrofice ale parodontului, însoțite de un complex de disfuncții și procese organice generale ale organismului, manifestate clinic, radiologic și biochimic prin elemente caracteristice, se distinge net de involuția atrofică dar fiziologică a parodontului din senilitate.

În senilitate procesele osului alveolar sînt de **involuție atrofică** (fig. 18) care constau structural într-o resorbție osoasă foarte lentă și progresivă. În general, această resorbție este **orizontală,** ea interesînd aproape uniform tot sistemul parodontal al arcadei respective, respectînd însă în decursul acestei resorbții conturul cortical al marginii alveolare. În procesul involuției atrofice mobilitatea și căderea dinților se va manifesta mult mai tardiv, adică la vîrsta corespunzătoare bătrîneții propriu-zise și mai întîi la dinții cu alveola cea mai puțin profundă și pereții mai spongioși și treptat pînă la dinții cu rădăcina cea mai profundă.

În procesele așa-zisei senescențe juvenile, adică în procesele parodontopatiei esențiale, așa cum am subliniat, **procesul este de tipul evoluției distrofice.** Aici procesul resorbției alveolare este consecința unor fenomene patologice, **îmbrăcînd aspectul de liză, de topire, de dezorganizare structurală.** Conturul marginal al arcadei

Scanned with OKEN Scanner

alveolare uneori parțial, alteori în întregimea arcadei alveolare urmează o evoluție distrofică mult mai rapidă față de cea din senilitate. Această evoluție în caracterele ei de manifestare este **în raport direct cu vîrsta organismului respectiv** și mai ales **cu susceptibilitatea predispozantă a terenului organic** al acestuia, apoi cu **calitatea, intensitatea și durata de acțiune incitatorie a factorului determinant** ca și cu forma

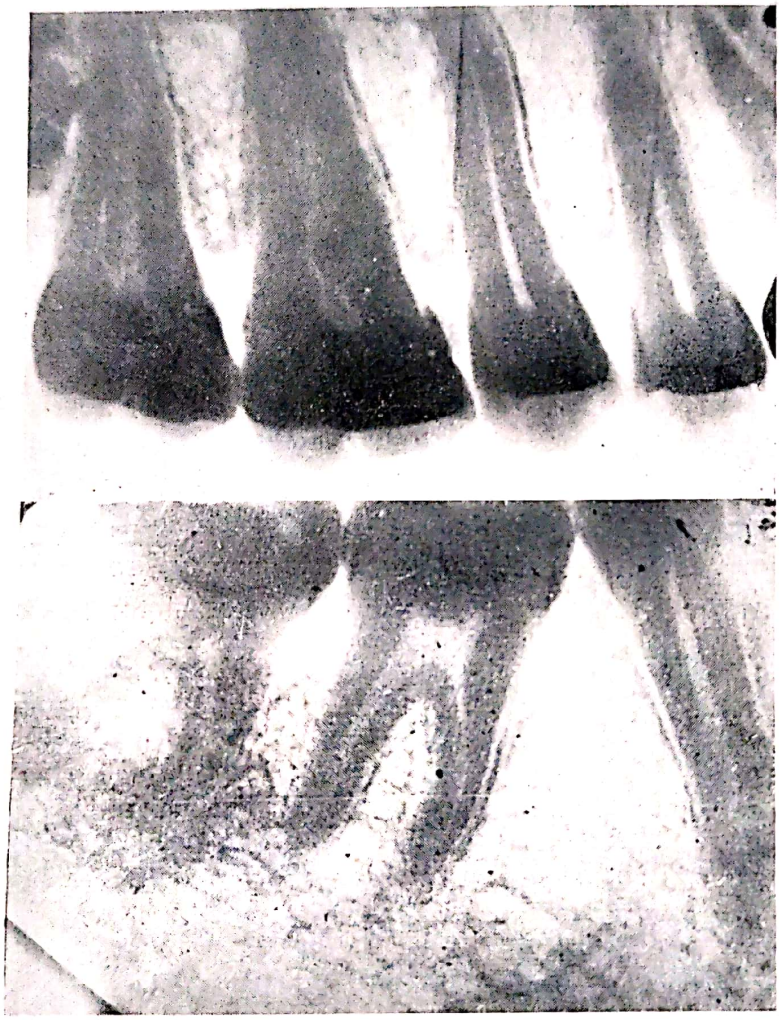


Fig. 18 — Aspecte radiografice ale involuției atrofice alveolare.

anatomopatologică și clinică a maladiei, fie localizată sau generalizată, fie uscată sau supurativă. Datorită acestor elemente și caractere anatomoclinice și radiologice, maladia îmbracă aspecte foarte variate. Această varietate de aspecte, a făcut pe mulți autori să dea unor aspecte ale maladiei adevărate descrieri ca forme clinice aparte, atribuindu-le apoi tot felul de denumiri, titulaturi etc. **cînd în realitate acest complex patologic nu este decît unul și același sindrom de manifestare al parodontopatiei esențiale.**

Scanned with OKEN Scanner

Trebuie să se știe că procesul distrofiei osoase nu se oprește o dată cu expulzarea dintelui, așa cum s-a crezut altădată, cînd maladia se trata prin extracțiile masive ale dinților existenți în focarul parodontopatic. Focarul osteo-alveolar în distrofie își continuă evoluția resorbtivă asupra maxilarelor chiar și după extracția dinților, fapt constatat în decursul operațiilor noastre ca și pe maxilarele unor schelete de parodontopați (fig. 10), reducînd în timp mandibula la o simplă bară osoasă, iar maxilarul superior la o conformație atît de redusă încît abia mai delimitează cavitățile buco-nazo-sinuzale. Distrofiei parodontopatice i se datorește deformarea configurației maxilo-faciale a acestor bolnavi pe care o reduce uneori la înfățișarea unui chip ratatinat și infantil.

În același timp evoluției acestui proces lent care continuă și după dispariția sistemului odontal i se datorește și faptul că parodontopații sînt veșnic cei nesatisfăcuți de protezele lor dentare. Masivul maxilo-mandibular și în special rebordurile lor spongioase fiind în continuă evoluție resorbtivă își pierde repede contactul cu masa protetică din care cauză aceste proteze își capătă mobilitatea față de suprafețele lor de adeziune la un interval prea mic de la momentul confecționării și aplicării lor.

Unele considerații de ordin patogenic, asupra aspectului apioreic și asupra aspectului pioreic sau supurativ

Alterarea vitalității și troficității organice la nivelul parodontului se prezintă, așa, cum am arătat în alt capitol prin elemente radiologice și anatomopatologice ca o stare de apatie vitală organică locală. Datorită acestei apatii organice este lăsată liberă apariția și dezvoltarea unui țesut de granulație care infiltrează spațiul alveolo-odontal ca și structura alveolară a osului, accelerîndu-i și în mod mecanic destrămarea, creînd din aceste leziuni distructive și supurative o stare patologică complexă și caracteristică acestui sindrom. De asemenea, datorită diminuării vitalității și troficității tisulare generale și locale, la nivelul parodontului și în raport cu intensitatea și durata acțiunii factorilor incitatori, survin la nivelul gingiei marginale ca și a proceselor sale, cam la 90% din parodontopații examinați, leziuni trofice caracterizate printr-un ușor edem și lizereu congestiv roș-cianotic, descuamant și ulcerant, și sîngerînd la cea mai ușoară atingere. Acestui proces trofic i se asociază și o supurație uneori gravă și foarte fetidă, produsă prin fermentările organice de mortificare tisulară, precum și intervenția florei microbiene saprofite și

Scanned with OKEN Scanner

piogene bucale care are loc în fundurile de sac gingivo-odontale, devenite pungi pioreice prin evoluția procesului distrofic atît osteitic cît și de alveoliză marginală.

În acest mod se creează **aspectul pioreic** anatomoclinic al acestui sindrom pe care-l întîlnim atît de frecvent în activitatea noastră.

Un al doilea aspect de manifestare a sindromului parodontopatic este **distrofia apioreică sau uscată.** Această stare anatomoclinică a parodontopatiei se datorește unuia dintre următorii factori:

a) acțiunea unor stări incitatorii neurovegetative mai atenuate, lente dar continue și progresive, determinate și ele la rîndul lor de factori incitatori mult mai blînzi în intensitate și calitate deși s-ar menține în durată;

b) unele eforturi de acomodare și compensare ineficiente din partea potențialului organic de redresare funcțională și restaurare structurală față de unele stări incitatorii, prin care organismul caută și realizează să compenseze dar numai în parte, acțiunea nocivă a factorilor incitatori, oricare le-ar fi calitatea și intensitatea, reducîndu-le și atenuîndu-le în acest mod efectele lor disfuncționale și distructive. Prin aceste fenomene ale automatismului vital organic, compensator și eventual reparator, organismul încearcă continuu să opună rezistență în fața șocurilor endo- sau exogene, punînd în joc toate rezervele potențialului său de reacție. În acest mod deseori multe stări incitatorii cu efectele respective funcționale și organice, pe care, în anumite împrejurări de viață, fiecare din noi le poate încerca, pot să fie jugulate și neutralizate în acțiunea lor distructivă, uneori chiar imediat după apariția lor;

c) alteori, și aceasta îndeajuns de frecvent, această stare apioreică poate fi datorită nu atît acțiunilor incitatorii moderate în intensitate și durată sau unor eforturi compensatorii insuficiente, ci unor calități constituționale susceptibile spre disfuncții și dezorganizări structurale chiar sub acțiuni incitatorii minime. În asemenea împrejurări organismul respectiv, deși încearcă în mod automat eforturi maxime de compensare, dar cum ele nu sînt suficiente din cauza tarei sale organice, el a ceda, creînd condiții favorabile apariției proceselor disfuncționale și structurale nu cu aspecte grave de manifestare, în sensul celor ce aparțin parodontopatiei pioreice, ci mai discrete, ele evoluînd lent și continuu sub aspectul clinic al unei deșosări sau desgoliri a dintelui de elementele sale gingivo-ligamento-alveolare, iar radiografic manifestîndu-se printr-o alveoliză marginală mai pronunțată în special în sens orizontal, așa cum se prezintă **aspectul clasic al parodontopatiei apioreice.**

Avem credința că această modalitate de apariție și evoluție a stărilor disfuncționale și apoi de instalare a leziunilor structurale stă la originea întregului sindrom parodontopatic atît apioreic ca și pioreic. Pentru aceste motive ca și pentru latura

Scanned with OKEN Scanner

practică a problemei trebuie să insistăm ceva mai mult asupra ei și într-o formă mai amănunțită.

Considerațiile de mai sus ne arată că în unele împrejurări anormale de viață și activitate orice organism, sub influența unor factori externi sau interni care duc la declanșarea acțiunii unor stări incitatorii mai grave sau mai atenuate, este susceptibil să tindă spre disfuncții și apoi leziuni structurale generale ca și parodontopatice.

Numai că din fericire nu toate organismele vor avea aceeași modalitate de a reacționa față de o acțiune nocivă incitatorie. Astfel un mare număr de organisme avînd calități fizio-somatice native, suficiente pentru a susține efortul de compensare automată imediată, oricare ar fi intensitatea și calitatea factorului incitator, ele parează și jugulează chiar de la început apariția oricărei tendințe de disfuncție sau de dezorganizare în sistemul structurilor funcționale. În cadrul preocupărilor noastre acestea sînt tipice **stări parodontopatice fruste pasagere sau fiziologice.**

Aici se încadrează stările subordonate unor emoții trecătoare dar intense, unor crize nervoase provocate de fel de fel de factori ai mediului de viață și activitate, unor stări maladive trecătoare, etc. etc., care însă datorită potențialului organic de reacție compensatorie automată și de redresare, vor fi imediat anihilate și făcute să dispară de cele mai multe ori fără a fi resimțite și luate în considerație de cel în cauză. **Asemenea accidente pasagere, poate încerca fiecare dintre noi cînd circumstanțele de viață ne-ar face să trecem prin astfel de stări de ordin incitator neuro-vegetativ.**

La altă categorie de organisme însă, într-o proporție de aproximativ 20—25% dintre persoanele aparent sănătoase, din multiple cauze, cum ar fi predispoziția terenului organic, calitățile somato-funcționale deficiente nu pot să opună acțiunilor nocive eforturi compensatorii și reparatorii din cele mai active. De aceea, datorită acestor factori somato-bio-fiziologici ca și patologici, proveniți pe cale endo- sau exogenă și în raport direct cu acțiunea acestor factori ca și cu gravitatea stărilor incitatorii neuro-vegetative, organismele respective vor reacționa în variate și complexe moduri — dintre care se pot contura 4 modalități de manifestare mai caracteristice, prezentînd fiecare din ele aspecte tipice ale sindromului parodontopatiei esențiale. Aceste modalități se prezintă în general după cum urmează:

1. Organismele cu o calitate fizio-somatică precară — față de acțiunea unor stări incitatorii moderate în intensitate și calitate, încearcă unele eforturi compensatorii de acomodare și eventual de redresare și restaurare organică. Dar, deoarece aceste eforturi fiind insuficiente tocmai din cauza labilității predispozante a terenului organic, cu timpul ele vor ceda încetul cu încetul lăsînd loc apariției și instalării unor procese disfuncționale și apoi de dezorganizare structurală printre alte locali-

Scanned with OKEN Scanner

zări și a celor de la nivelul parodontului la început în mod discret apoi din ce în ce mai manifeste. Asemenea procese trenează uneori pînă la apogeul gravității lor într-o evoluție lentă de la 10 la 15 ani, manifestată mult timp numai prin simpla desbrăcare a dinților respectivi de elementele parodontale. De aceea asemenea organisme deseori sub intervenția unor condiții mai bune, apărute în viața organică, care favorizează sau stimulează unele eforturi de compensare și redresare organică, au șansa ca de la sine să facă ca leziunile apărute să se oprească în evoluția lor. **În astfel de împrejurări debutează și evoluează aspectul anatomo-clinic caracteristic al manifestărilor parodontopatice apioreice,** care în stadiul lor de debut deseori prin condiții optime ce survin își pot opri definitiv sau temporar evoluția. Sînt **stări sistate, sau jugulate ale proceselor parodontopatice.**

2. Alte organisme, dotate cu oarecare calități constituționale capabile deci de reacții compensatorii, dar sub acțiunea unor factori incitatori mai intensi care determină acțiuni incitatorii mai grave dar nu de durată, vor depune chiar de la început maximum de efort spre a le opri sau reduce efectele lor nocive. Compensînd astfel acțiunea lor nocivă, ele reușesc uneori, ca în eventualitatea de mai sus, să oprească orice tendință evolutivă a maladiei, creînd organismului respectiv șansa să se salveze automat de apariția unor procese de alterări vitale disfuncționale și distructive. Dar dacă astfel de stări incitatorii nu numai că nu dispar sau nu-și atenuează acțiunea, dar uneori se agravează sau rămîn în aceeași intensitate dar dăinuiesc în timp, atunci organismul cum nu va avea chiar calități din cele mai potrivite unor astfel de eforturi de durată și intensitate, obosit și prin eforturile sale de reacții îndelungate, va ceda. În asemenea împrejurări vor apare unele procese distrofice, totuși nu din cele de aspectul proceselor grave și supurative. Astfel de manifestări, care sînt considerate că scapă eforturilor de reacții — depășind deci potențialul organic de compensare și restaurare, se caracterizează anatomo-clinic și radiografic prin elemente ale unei simple deșosări, consecință a lizei corticalei osului alveolar, care prin evoluția ei continuă lentă și progresivă va ajunge după 8—10—12 ani la dezastrul expulzărilor odontale. **Este aspectul clasic de manifestare a parodontopatiei esențiale apioreice evolutive.**

3. O a treia modalitate de manifestare o reprezintă cazurile care avînd aceleași condiții ale terenului organic ca și cele de mai sus, fiind deci apte unor eforturi organice capabile să neutralizeze în unele împrejurări efectele stărilor incitatorii asupra structurilor funcționale, totuși sub acțiunea unor șocuri incitatorii mai intense, care dăinuiesc în timp și în intensitate, ele nu le vor putea face față prea îndelungat, ci după un timp — și aceasta în funcție de multiplii factori, organismul va ceda, lăsînd să-și facă loc în starea sa echilibrată fizio-structurală la început mai discrete, apoi din ce în ce mai grave, manifestări ale proceselor disbiotrofice. La început, asemenea manifestări se vor prezenta numai prin simple stări distrofice

Scanned with OKEN Scanner

ale osului alveolar și cu deșosarea dintelui de elementele sale parodontale, deoarece organismul respectiv în asemenea împrejurări mai opune încă unele eforturi reacționale. Aceste stări sînt manifestări din categoria stărilor apioreice. Dar un astfel de organism datorită tocmai calităților terenului organic ca și acțiunii factorilor incitatori în durată, intensitate și calitate pînă în cele din urmă și chiar după nu prea mult timp, își va epuiza total eforturile sale de redresare și restaurare structurală, **datorită cărora el va ceda intrînd în stadiul apatismului vital organic atît general cît și local.** Ca urmare a apariției acestei stări de apatie vitală procesele lente și discrete de pînă acum capătă o întorsătură mai brutală — îmbrăcînd un aspect anatomoclinic mult mai agravat. De astă dată fenomenelor distrofice li se supraadaugă și elemente supurative și piogene cu acțiune distructivă mai intensă, atît gingivală cît și alveolară. **Este stadiul de trecere de la aspectul apioreic la aspectul unei stări pioreice mai discretă sau mai evidentă** în elemente de manifestare după caz și împrejurări.

În această eventualitate, starea fizio-structurală a suportat un șoc incitatoriu oarecum de bruscare, care prin calitate, intensitate și durată a determinat ca eforturile organice de compensare după un oarecare timp să se epuizeze, făcînd ca manifestările distrofice din faza lor lentă să-și schimbe aspectul de manifestare, evoluînd spre dezastru mai grav al elementelor structurale ale suporturilor parodontale, **prezentînd în acest stadiu anatomo-clinic aspectul de manifestare a parodontopatiei esențiale pioreice în debut.**

4. O ultimă categorie o reprezintă organismele care prin susceptibilitatea și labilitatea terenului lor, prezintă o gravă deficiență în potențialul organic compensator și reparator, din care cauză ele chiar sub acțiunea unor stări incitatorii mai puțin brutale sau grave, duc curînd la declanșarea unor procese care, prin caracterele lor de apariție, evoluție ca și elemente de manifestare supurative, vor contura definit tabloul aspectului grav supurativ al parodontopatiei — **adică aspectul parodontopatiei esențiale pioreice în plină evoluție.**

Din considerentele de mai sus reies unele probleme foarte importante nu numai asupra modalității de apariție și manifestare a aspectului anatomo-clinic al parodontopatiei esențiale apioreice sau pioreice cu nenumărate aspecte descrise sub diverse denumiri de autori, dar și asupra frecvenței aspectului pioreic sau supurativ față de cel apioreic al acestui sindrom.

Astfel, datorită acestor considerații se impune o clarificare.

Majoritatea autorilor ca și noi de altfel, așa cum am menționat în decursul acestei lucrări, avem impresia că aspectul anatomoclinic pioreic sau supurativ față de cel apioreic s-ar prezenta aproximativ într-un raport de 10 la 1.

Scanned with OKEN Scanner

Noi stabilim acest raport pe baza statisticii cazurilor care ni s-au prezentat la consultațiile noastre și nu în urma unor investigații în masă a oamenilor consultați după vîrstă, sex, constituție somato-funcțională, ocupație generală și specială, condiții de viață, după criterii economice, sociale, politice, geografice etc.*. Dacă am reuși să efectuăm astfel de examene, notîndu-ne prin examene clinice și radiografice toată gama proceselor disfuncționale și de alterări structurale ale parodontului de la cele mai discrete și pînă la stadiul dezastrelor expulzărilor odontale, cu certitudine că raportul acestor două aspecte dacă n-ar fi chiar invers în orice caz ar fi cam pe aproape.

Noi stabilim proporția între aceste două aspecte de manifestări, așa cum am spus, numai pe baza cazurilor care vin la consultații.

Or, cine va veni la consultații mai întîi și mai frecvent? De la sine reiese că manifestările pioreice vor fi cele mai frecvente, datorită unei jene dureroase mai discretă sau mai intensă în ocluzia arcadelor, datorită inflamațiilor și supurațiilor gingivale cu evoluție în puseuri acute alternînd cu cele cronice care dăinuiesc fără nici o tendință de ameliorare, cu toate măsurile de igienă și asistență administrate, ca și fermentațiilor indolice care au loc în fundurile de sac pioreice gingivo-odontale pline de secreție pioreică, albicioasă sau albicios-gălbuie, uneori sîngerîndă, **care produc acel f o e t o r e x o r e caracteristic foarte precoce, care va provoca celui în cauză o stare jenantă vieții și activității sale.**

Cazurile apioreice, deși mult mai frecvente ca primele, ni se prezintă la consultații în următoarele situații:

a) atunai cînd prin dezgolirea dintelui în segmentul său radicular au ajuns într-un stadiu cînd variațiile termice, unele variații chimice ca dulce sau sărat, creează dureri mai atenuate sau mai intense;

b) atunci cînd procesele distructive au dezbrăcat dintele de suportul său amenințîndu-i stabilitatea statică și funcțională în arcadă;

c) atunci cînd procesele distrofice afectează arcade alveolare ale unor persoane care țin în mod pedant la o dantură frumoasă și integră, făcîndu-i să se sesizeze de minimele deșosări chiar cînd ele sînt numai de ordin traumatic, printr-un periaj exagerat sau de ordin fiziologic produse de vîrstă.

De aceea cînd avem a ne pronunța asupra indicelui de morbiditate parodontopatică, este bine să fim cu mai multă rezervă și discernămînt.

---

* Colectivul nostru de muncă și cercetare în domeniul parodontopatiei esențiale, actualmente ne-am propus să facem investigații în masă prin depistări la locul de muncă, apoi luarea în evidență a cazurilor și stabilirea unor concluzii și criterii atît sub aspect științific cît și al asistenței sub latura practică.

Scanned with OKEN Scanner

În acest mod, prin aceste modeste posibilități de analiză expuse mai sus, credem că trebuie să privim aspectele manifestărilor parodontopatice, considerîndu-le ca manifestări disfuncționale și distrofice organice, legate de distonii neuro-vegetative, provocate la rîndul lor de acțiuni nocive ale unor factori incitatori variați în calitate, intensitate și durată, factori care acționează asupra unor organisme care prezintă deja o predispoziție de teren particulară spre astfel de stări patologice. Aceste distonii, odată declanșate, favorizează și determină alterări mai grave sau mai ușoare în vitalitatea și troficitatea structurilor unor astfel de organisme, acolo unde le impun asemenea structuri funcționale deficitare în reacții de apărare compensatorii și reparatorii.

*

Starea de tonus incitator a sistemului neurovegetativ, așa cum am văzut că reiese din cercetările experimentale ale lui Reilly, Speransky și alții — provoacă prin durată și intensitate, la anumite organisme în afară de procese parodontopatice și alte multe manifestări disfuncționale și distrofice care pot apare în diverse țesuturi, organe sau sisteme, după cum le favorizează predispoziția vitalității structurale a organului sau sistemului funcțional respectiv. Leziunile ulcerului gastro-duodenal, hipertensiunea arterială esențială, maladia lui Buerger, maladiile nervoase ale cordului etc. constituie fiecare din ele verigile unui complex maladiv dependent în majoritatea cazurilor de aceleași circumstanțe patologice. Ele sînt însă procese care nu apar pe primul plan de care trebuie să se ocupe cel afectat, decît într-un stadiu mult mai avansat, cînd manifestările disfuncționale apărute în organul sau sistemul respectiv au trecut deja în stadiul leziunilor structurale, și nicidecum în stadiul fericit al debutului, dacă nu al disfuncțiilor cel puțin al distrofiei tisulare. Condițiile noastre tehnice medicale încă nu ne permit depistarea cît mai precoce a celor mai diverse și discrete disfuncții sau leziuni organice. De asemenea de cele mai multe ori nici subiectivismul celui afectat nu se lasă impresionat pentru ca să se sesizeze de unele deficiențe decît în stadiul leziunii organice, cînd ele agravîndu-se devin manifeste și cu diverse simptome alarmante (durere, tahicardii paroxistice, edeme curioase în apariție și evoluție, dispepsii fără cauze evidente etc. etc.).

Pe cînd distrofiile instalate la nivelul alveolelor odontale însă, prin leziunile mucoasei gingivale ca și a proceselor sale, prin supurația pioreică și a exalării mirosului urît din gura acestor persoane, caracteristic parodontopaților, apoi deșosările grave chiar fără supurație, migrările dinților ca și mobilitatea lor progresivă, ce duce încet, încet spre expulzări odontale premature,— prin faptul că ele sînt evidente pe arcadele gingivo-odontale, expuse deci ușor vederii și unei examinări lesne de făcut, — determină pe cel suferind să se sesizeze mai din timp că ceva anormal și grav a intervenit în echilibrul sistemului său odontal de care trebuie să se preocupe

Scanned with OKEN Scanner

cu mai mult interes chiar înaintea altor manifestări poate mai grave. De aceea și pentru considerațiile expuse în alt capitol al acestei lucrări, pe principii de eventuale concomitențe patogenice și patologice ca și pentru cele de mai sus, acestor procese gingivo-alveolare, în ansamblul lor, trebuie să le atribuim și rolul de a constitui deseori pentru **patologia organică generală chiar stigmate de alarmă a apariției în organismele respective** ale unor manifestări poate mult mai grave și mai profunde, fie numai disfuncționale, fie asociate și cu alterări organice pentru care cel în cauză trebuie cu deosebită grijă să se sesizeze și să fie preocupat și să se lase consultat și examinat cu mai multă grijă.

Pe baza acestor observații și considerații sîntem obligați ca ori de cîte ori la un organism, deși în aparență sănătos, dacă prin examenul clinic și radiografic întîmplător efectuat, găsim la nivelul arcadelor sale odontale stigmate ale unor manifestări parodontopatice, dat fiind frecventa coincidență a diverselor stări patologice organice cu evoluție concomitentă cu aceste procese parodontopatice, trebuie să dăm alarma că, în aceste organisme trebuie să suspectăm și să căutăm și alte sindroame patologice, poate chiar uneori mult mai importante decît cele alveolo-odontale și gingivale de care parodontopaticul trebuie să se îngrijească poate chiar înaintea celor parodontale.

Astfel, sindromul parodontopatiei esențiale, privit prin prisma complexului manifestărilor maladive ale organismului determinate de aceleași stări incitatorii, precum și prin mecanismul apariției și al evoluției sale anatomoclinice, trebuie considerat în majoritatea cazurilor numai ca un capitol dintr-un lanț complex de maladii care în ansamblul lor și fiecare din ele sînt consecințe ale acelorași fenomene incitatorii. Din aceste motive, atunci cînd privim parodontopatia esențială sub aspectele ei științifice și cînd mai ales punem probleme terapeutice, **trebuie să ținem seama, că ea nu este o manifestare patologică izolată apărută ca un banal accident pe ecranul unei sănătăți perfecte,** de aceea asistența ei trebuie să întrevadă și să intereseze organismul respectiv în întregul complex și nu numai leziunea în sensul ei strict local.

Stadiile evolutive ale distrofiei parodontopatiei esențiale

Manifestările distrofice pioreice sau apioreice, distrug integritatea structurală a parodontului continuu, lent sau mai rapid, dar progresiv.

În raport cu intensitatea incitatorie a factorilor determinanți ca și cu labilitatea sau susceptibilitatea structurală a terenului organic parodontal, în timp, procesele distrofice, progresează în întinderea (aspect orizontal) și profunzimea masivului

Scanned with OKEN Scanner

osos alveolar (aspect vertical), interesînd uneori o alveolă sau un grup alveolar — alteori o arcadă alveolară sau ambele arcade.

În vederea unei interpretări atît științifice cît mai ales practice a proceselor de dezorganizare structurală a osului alveolar, considerăm foarte indicată și de o mare

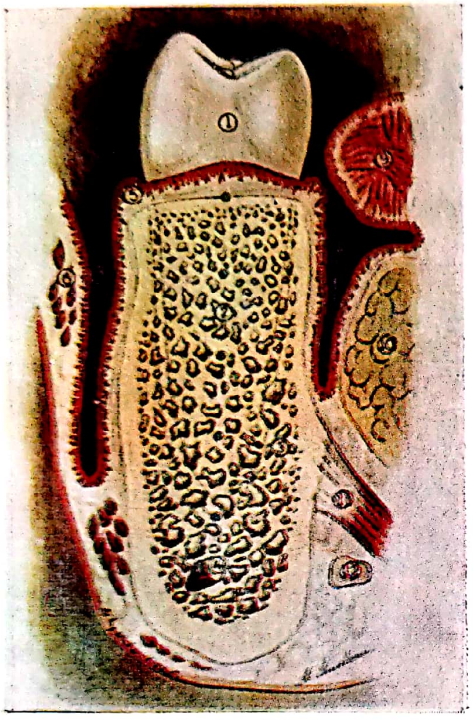


Fig. 19 — Secțiune frontală între premolar și molarul inferior.

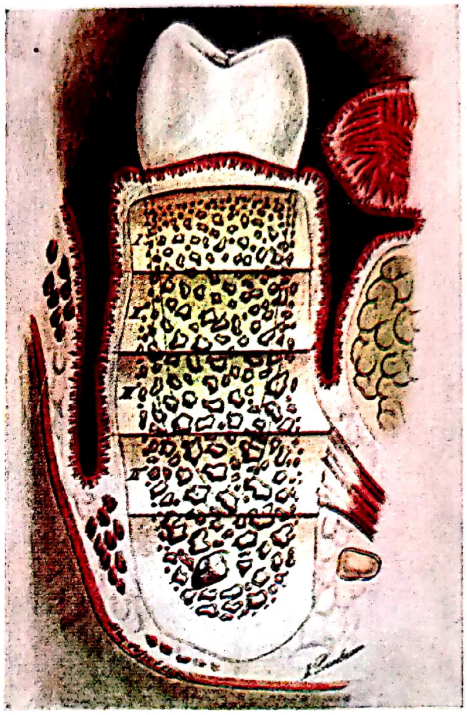


Fig. 20 — Segmentarea parodonțiului în 4 segmente:
1 — segmentul marginal; **2** — segmentul submarginal; **3** — segmentul preapical; 4 — segmentul apical.

importanță o sistematizare cît mai aproape de realitățile anatomoclinice și radiologice ale evoluției stărilor parodontopatice.

Sistematizarea are menirea să definească anumite stadii evolutive, care dacă la prima vedere s-ar părea că sînt întrucîtva arbitrar stabilite, totuși ele, așa cum se va vedea în capitolul respectiv al terapeuticii, au o deosebită valoare atît la interpretarea anatomoclinică a proceselor parodontopatice în evoluție cît mai ales la stabilirea prognosticului, în special cînd avem de luat o atitudine de tratament operator.

Bazîndu-ne pe studiul a foarte numeroase imagini radiografice cu procese parodontopatice, pe examenele unor cranii cu arcade cu dinți ca și edentate, ca și pe observațiile făcute ani și ani asupra cazurilor operate — la care după tratamentul instituit, **am obținut rezultate hotărîtoare numai în raport cu gradul acestor dis-**

Scanned with OKEN Scanner

trucții, am ajuns să realizăm și să practicăm în activitatea noastră cu deosebit succes o **sistematizare a evoluției manifestărilor parodontopatice în 4 stadii evolutive.**

Fiecare stadiu corespunde anatomopatologic sediului înălțimii în care am surprins în masa osului alveolar activitatea distructivă a conformației sale structurale, sediu care corespunde uneia din cele **4 segmente de subdiviziune a înălțimii osului alveolar.**

Astfel, raportînd activitatea distructivă a proceselor parodontopatice la profunzimea sau înălțimea pereților osului alveolar, încă existent — am ajuns să definim 4 stadii evolutive, care vor caracteriza fiecare: a) **sediul și nivelul activității osteolitice și eventual al osteitei marginale,** b) indicația **cît a dispărut și cît a mai rămas din înălțimea osului alveolar,** c) **prognosticul fiecărui caz raportat la stadiul evolutiv în care el a fost surprins și încadrat și** d) **indicația terapeutică,** adică atitudinea operatorului față de leziunile fiecărui stadiu.

Pentru stabilirea acestor stadii ne sînt de absolută nevoie imaginile radiografice ale zonelor respective — în complexitatea lor — dinte — os alveolar.

Ajutați de imagini radiografice, pe de o parte, apoi raportînd cele constatate pe ele la aspectele anatomopatologice puse în evidență prin disecții pe cadavre sau cu ocazia operațiilor după decolarea lambourilor de expunere a focarului în distrucție pe de altă parte, am ajuns să privim înălțimea pereților alveolari prin prisma împărțirii ei, cînd este normală, deci intactă, în 4 segmente egale suprapuse. Această segmentare se realizează pe alveola normală împărțind egal distanța de la punctul apical al alveolei, adică fundul ei, la punctul marginal al ei situat la coletul dintelui sub limita smalțului odontal (fig. 19).

Fiecare segment va avea o denumire care va indica anatomopatologic sediul activității proceselor distructive iar anatomoclinic stadiul evoluției distrofice (fig. 20).

A s t f e l: primul segment — este segmentul marginal;
al II-lea segment — este segmentul sub-marginal;
al III-lea segment — este segmentul pre-apical;
al IV-lea segment — este segmentul apical.

În evoluția lor procesele evolutive distrofice, pînă la destrămarea și topirea întregului os alveolar și a avulsiei dintelui respectiv, vor distruge treptat, treptat segment după segment — trecînd în acest mod respectiv prin tot atîtea stadii, indicîndu-ne în raport cu nivelul distrucției — segmentul și stadiul în care am surprins procesele de dezorganizare alveolară și de deșosare sau dezgolire gingivoligamentară.

Atunci cînd procesele distrofice vor fi surprinse în activitatea lor în primul segment — sau segmentul marginal (fig. 21, 22, 22 A) vom considera anatomoclinic că procesele parodontopatice se găsesc în **stadiul I, stadiul marginal sau stadiul**

Scanned with OKEN Scanner

de debut. Este sindromul parodontopatiei esențiale în stadiul de debut sau marginal este « stadium marginale » (fig. 21, 22, 30, 22 A).

Acest stadiu, așa cum se va vedea în capitolul respectiv, este forma anatomo-clinică cea mai favorabilă principiilor noastre de tratament, deoarece procesele evoluției distrofice fiind surprinse aproape de debutul lor, ele nu au distrus prea

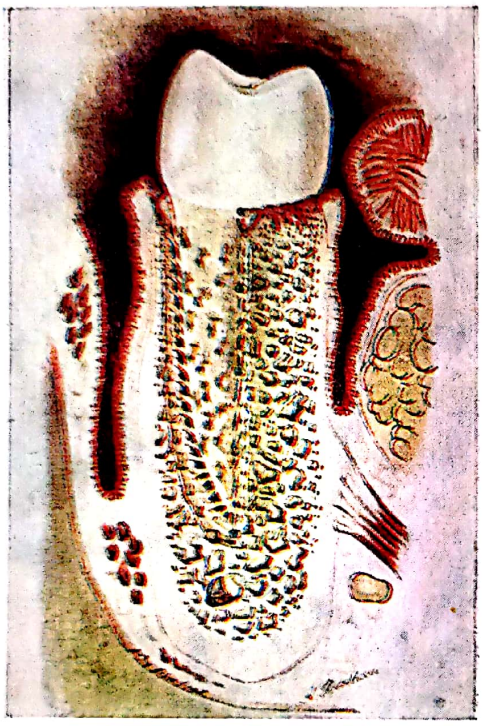


Fig. 21 — Aspect parodontopatic de debut.

Fig. 22 — Aspectul în stadiul I sau « marginal ».

mult din înălțimea suportului odontal încît să-i amenințe prea mult fixitatea lui statică și funcțională.

Cînd distrofia s-a adîncit în masa osului alveolar, ea depășind primul segment activînd deja în al II-lea segment (fig. 23, 23 A, 24) procesele parodontopatice se află în stadiul doi sau stadiul sub-marginal — respectiv — va fi sindromul parodontopatiei esențiale în stadiul doi sau sub-marginal — **« stadium sub-marginale ».**

Progresînd distrucția (fig. 25, 25 A, 26, 31) ea ajunge în segmentul al III-lea. Procesele parodontopatice se prezintă în stadiul III sau pre-apical. Anatomoclinic acesta este sindromul parodontopatiei esențiale în stadiul trei sau pre-apical, sau **« stadium pre-apicale ».**

Apoi, cînd activitatea distructivă minează structura și a ultimului segment alveolar în care dintele respectiv dacă își mai are implîntat apexul în ea, procesele paro-

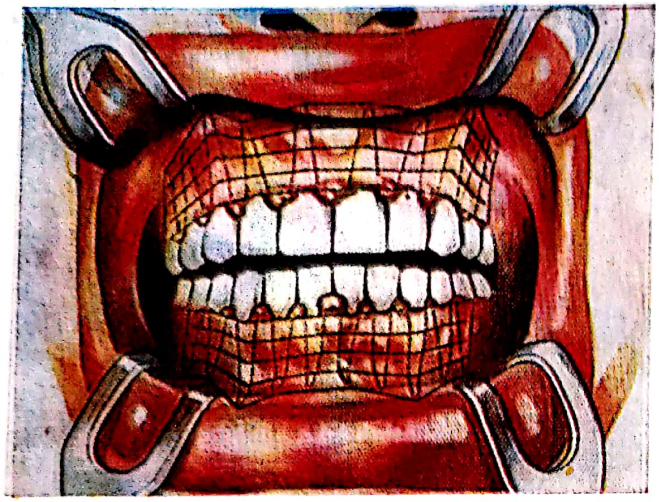


Fig. 22 a — Stadiul I, vedere frontală.

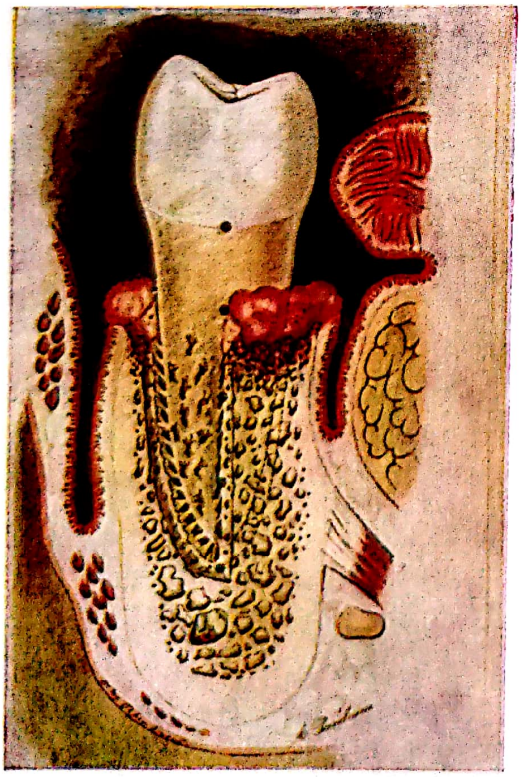
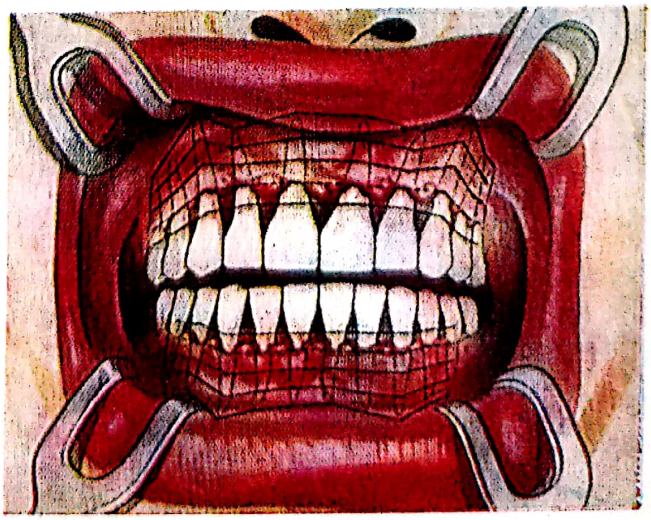


Fig. 23 — Aspect evolutiv al stadiului al II-lea sau « submarginal ». ◀

Fig. 23 a — Stadiul al II-lea frontal.



Scanned with OKEN Scanner

Fig. 24 — Aspect evolutiv apioreic — stadiul al II-lea.

Fig. 25 A

Fig. 25 — A — Aspect evolutiv pioreic în stadiul III sau stadium « pre-apicale ». B — Stadiul al III-lea, frontal.

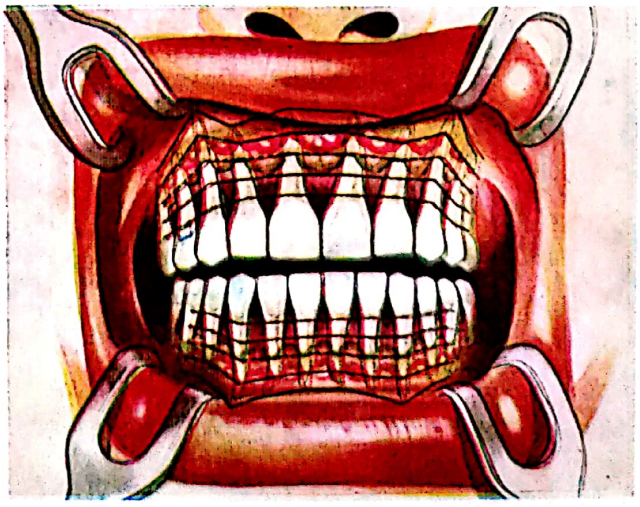


Fig. 25 B

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 26 — Stadiul al III-lea, apioreic.

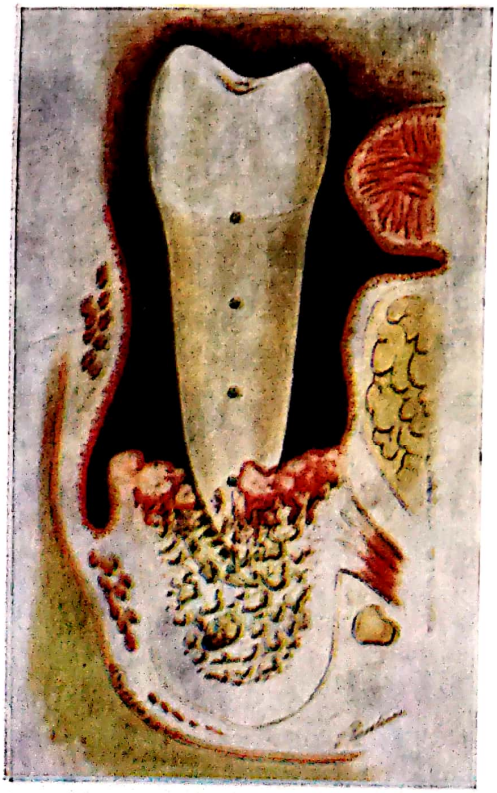


Fig. 27

Fig. 27 — Stadiul al IV-lea evolutiv final, **stadium apicale.** A — Stadiul al IV-lea, frontal.

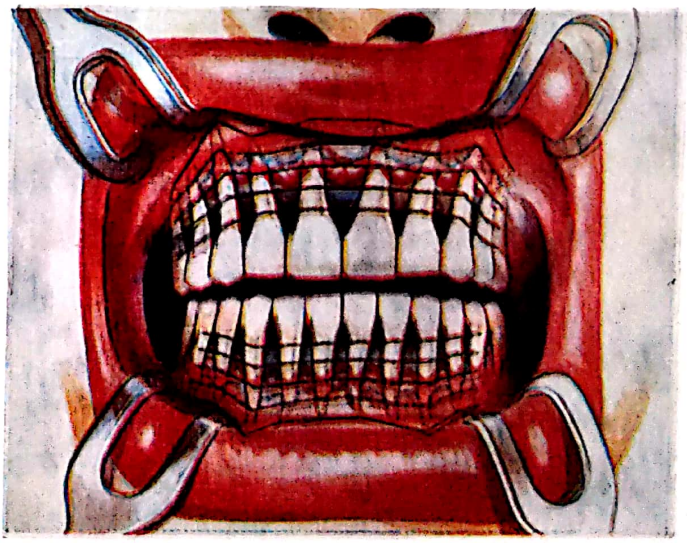


Fig. 27 A

Scanned with OKEN Scanner

dontopatice vor fi în stadiul patru, stadiul apical sau stadiul final (fig. 27 și 27 A). Este sindromul parodontopatiei esențiale în stadiul apical sau **« stadium apicale »**.

Nu trebuie însă să credem că stadiile a căror sistematizare am menționat-o mai sus le vom găsi definite fiecare, pe cazuri aparte. Rareori avem ocazia să găsim cazuri ale căror aspecte parodontopatice se încadrează numai în unul din aceste stadii. În general se întîmplă ca, în evoluția proceselor sale parodontopatice, același caz să îmbrace aspecte anatomoclinice diferite, ele prezentînd leziunile a 2 sau 3 stadii sau pe grupe alveolo-odontale chiar toate stadiile evolutive. Astfel pe aceeași arcadă sau pe ambele arcade vom găsi aici și colo procese evolutive izolate fie numai la cîte o alveolă sau la un grup alveolar format din 2—3 alveole încadrîndu-se definit în unul din stadiile menționate, unele în stadiul marginal, altele în stadiul supra-apical sau apical etc.

Aceste variații evolutive deseori sînt foarte curioase în sediile lor de manifestare ca și în întindere, din care cauză nu li se poate defini o sistematizare în instalarea lor, adică atunci cînd ele interesează un grup alveolar și cînd altul și de ce și cînd ele interesează numai un grup alveolar și cînd distrug uniform sau variabil tot sistemul alveolar al ambelor arcade.

Importanța sistematizării evoluției distrofice în stadii evolutive este considerabilă atît din punct de vedere al descrierii sistematice și precizării leziunilor anatomoclinice ale sindromului parodontopatiei esențiale, cît mai ales în vederea faptului cînd trebuie să supunem tratamentului aceste manifestări. Ajutați de sistematizarea proceselor distructive în stadii evolutive ajungem ca să stabilim cu multă ușurință și fără a ne expune eșecurilor, indicația operabilității lor.

Neglijîndu-se interpretarea sindromului parodontopatic prin prisma stadiilor evoluției distrofiilor osului alveolar sigur se pot crea — așa cum vom vedea în capitolul respectiv — indicații terapeutice care vor compromite eforturile celui care este chemat să trateze maladia și vor pricinui suferințe zadarnice celui care s-ar supune acestor operații.

Numai stabilirea stadiului evolutiv va indica atitudinea terapeutică pe care o avem de urmat. Prin analiza elementelor sale vom avea posibilitatea să apreciem profunzimea leziunilor și dacă ele sînt operabile sau nu și dacă sînt, la ce rezultate trebuie să ne așteptăm.

Datorită caracterelor radiologice și anatomoclinice atît de complexe ale leziunilor ca și diverselor stadii evolutive, pînă ce acestea ajung la evoluția distrofică finală a parodontului cu expulzările odontale respective, s-a ajuns ca diverși autori să atribuie acestei maladii multiple denumiri și descrieri de forme clinice, deși maladia nu este decît una și aceeași: sindromul anatomoclinic al parodontopatiei esențiale.

Scanned with OKEN Scanner

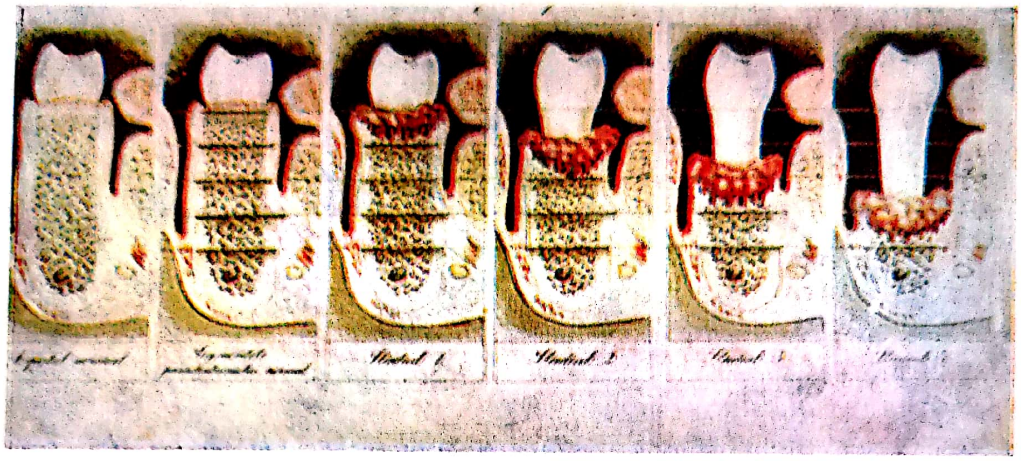


Fig. 28 — Aspectul normal în raport cu segmentarea convențională a parodonțiului în stadii evolutive disbiotrofice.

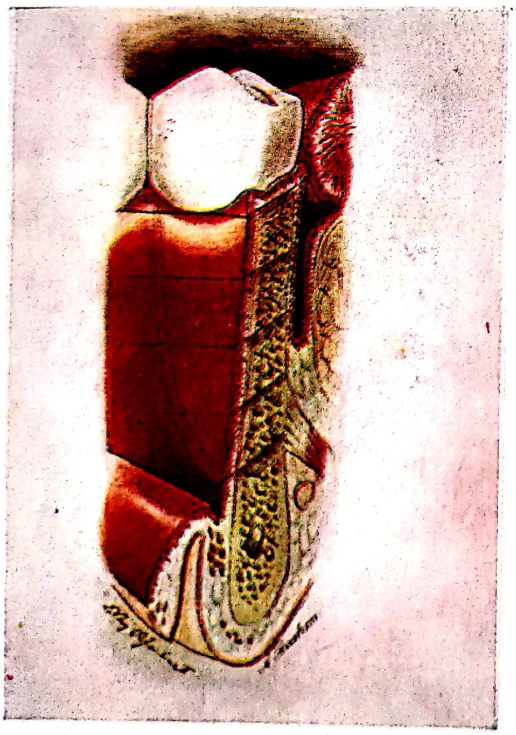


Fig. 29 — Aspectul parodonțiului văzut în perspectivă.

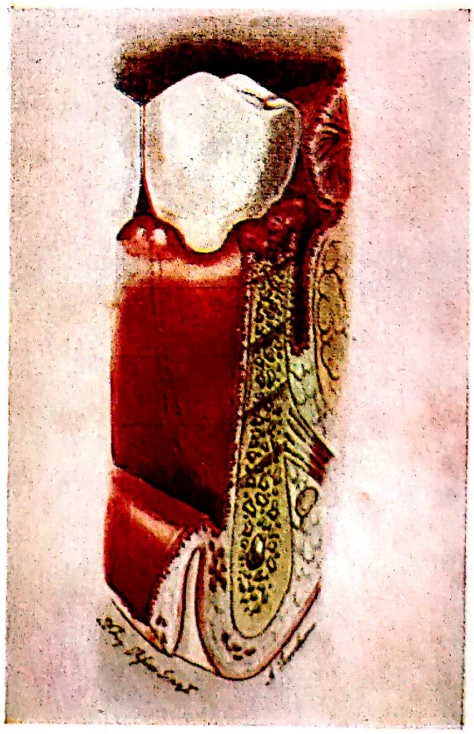
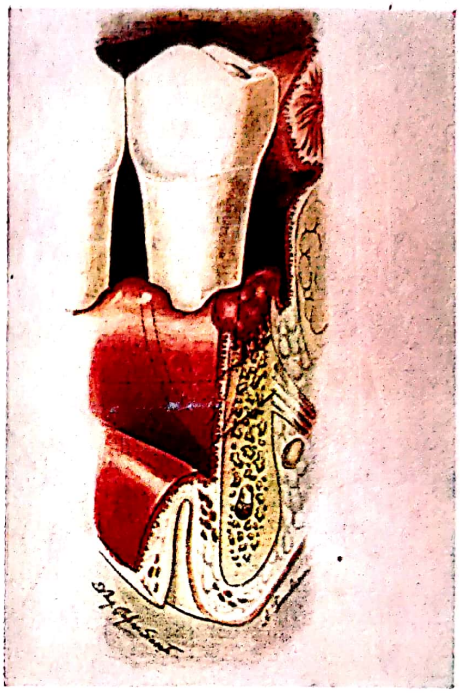
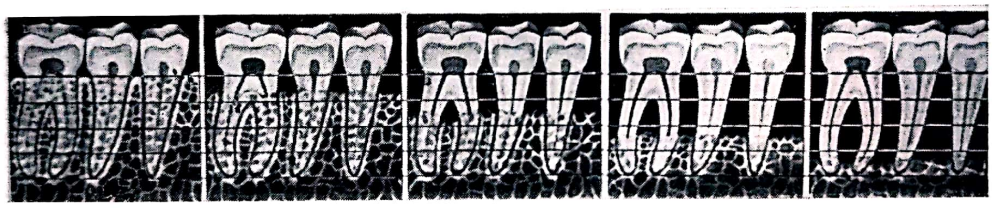


Fig. 30 — Stadiul I văzut în perspectivă.

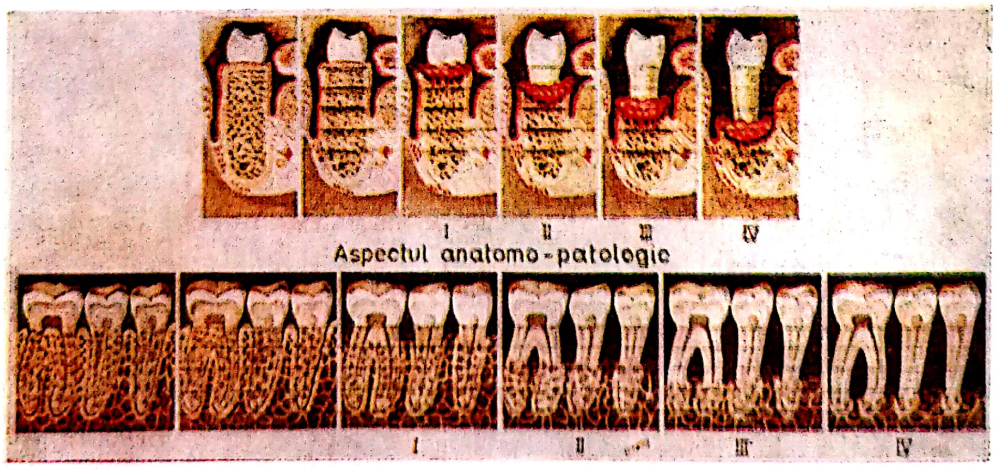
Scanned with OKEN Scanner

Fig. 31 — Stadiul al III-lea văzut în perspectivă.





A



B

Fig. 32 — A — Aspectul radiografic (schemă) al celor 4 stadii evolutive. B — Aspectul anatomopatologic pe stadii, raportat la aspectul radiografic corespunzător fiecărui stadiu.

Scanned with OKEN Scanner

surprins în diversele lui aspecte de manifestări clinice, apioreice sau supurative, ca și în diferite stadii evolutive anatomopatologice și radiologice.

Fișa parodontopatică, redactarea și graficul parodontopatic

„parodontograma"

Ansamblul datelor, pe care le obținem pe baza stabilirii stadiilor evolutive ale proceselor parodontopatice, ne îndreptățesc să putem întocmi fiecărui parodontopat, oricare i-ar fi aspectul anatomoclinic al maladiei ca și stadiul distrucțiilor, o fișă specială pe principii grafice, **o parodontogramă.** Prin unirea punctelor care demarcă împărțirea fiecărei înălțimi sau profunzimi alveolare în 4 segmente egale (fig. 33, 34, 35) se obțin niște linii, întrucîtva sinuoase, care stabilesc nivelul marginal al conturului alveolar, nivelul sau profunzimea apicală, iar între ele, graficul segmentelor parodontului normal.

Cum procesele distrofice parodontopatice distrug, topesc treptat, treptat și variabil conturul marginii alveolare, adîncindu-se lent și progresiv în masa ei, desigur că și graficul nivelului distrofic față de linia conturului marginal normal, va suferi unele accidente caracteristice, bineînțeles în raport cu gradul distrucțiilor în care am surprins evoluția maladiei. Astfel, dacă prin examinarea atentă și meticuloasă a imaginilor radiografice odonto-alveolare ale ambelor arcade ale aceluiași caz, fixăm prin punctare — la fiecare alveolă sau grup alveolar — nivelul în care am surprins procesele distrofice și apoi cu un creion roșu unim între ele aceste puncte, vom obține ansamblul graficului demarcației nivelului marginii parodontului în curs de destrămare, adică parodontograma.

Pentru o mai mare precizie în realizarea liniei grafice parodontopatice în aria segmentului respectiv și mai ales cînd leziunile sînt dictate de cel care examinează altei persoane care scrie și trasează pe fișa parodontopatică linia de demarcare a proceselor care erodează marginea contururilor alveolare și a septelor ei, este bine (fig. 36) să privim aria fiecărui segment alveolar, oricare ar fi el și indiferent cărei arcade ar aparține, **împărțită în 3 zone egale,** purînd fiecare zonă denumirea situației sale — **centrală, marginală** și **apicală.** Adică zona din aria segmentului situată spre marginea conturului alveolar o denumim zona marginală, cea din mijloc este zona centrală și a treia este zona ariei situată spre apex — apicală.

Acest grafic odată realizat, obținut după o oarecare experiență, cu multă ușurință pe fișele graficului segmentelor normale, el devine un foarte prețios document

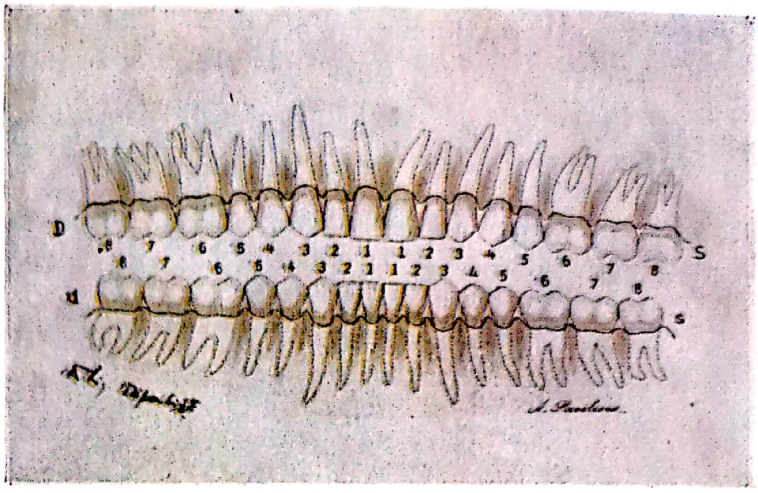


Fig. 33 — Schema conturului normal al arcadelor alveolare.

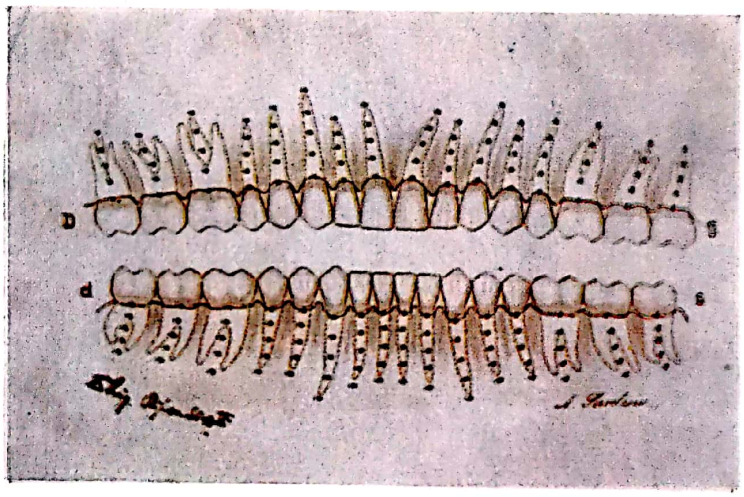


Fig. 34 — Punctele de segmentare a înălțimii sau profunzimii pereților alveolari.

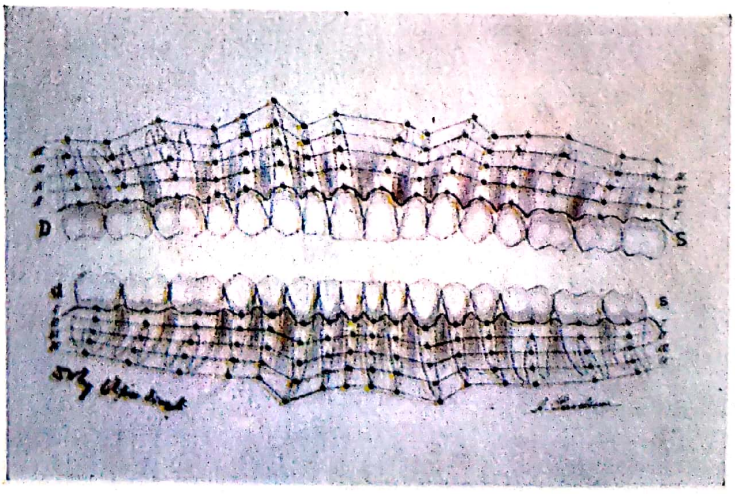


Fig. 35 — Unind punctele de segmentare se obține schema segmentării.

Scanned with OKEN Scanner

în asistența parodontopatiei esențiale. Cu ajutorul lui, dintr-o aruncătură de ochi, ne lămurim perfect despre următoarele puncte extrem de importante de știut:

a) în ce stadiu se găsește fiecare alveolă, grupă alveolară sau întregul sistem alveolar, fie preoperator, fie la orice interval de timp de la operațiile făcute;

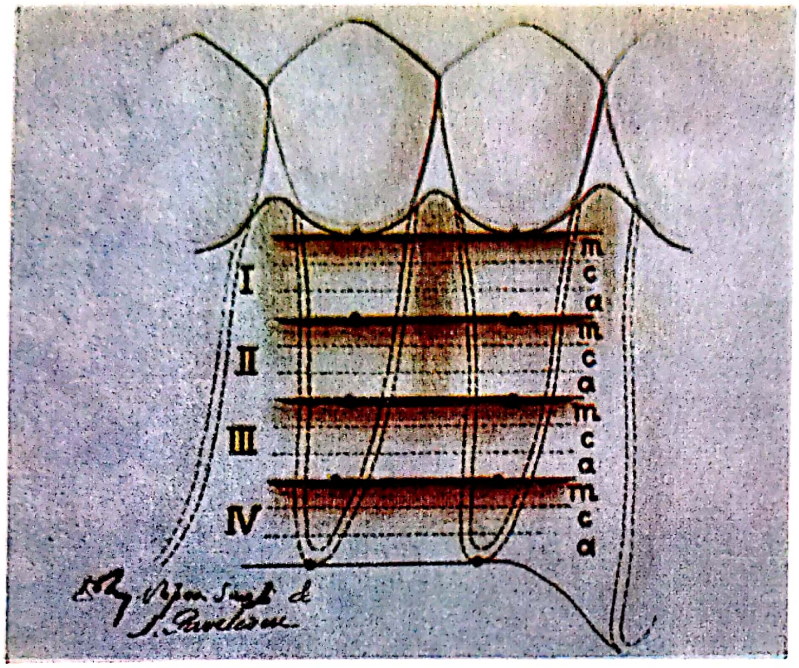


Fig. 36 — Zonele fiecărui segment.

b) care dinte sau eventual grup odontal se găsește iremediabil compromis, care trebuie eliminat înainte de operație, față de care trebuie să avem o atitudine de expectativă și care dinți devin salvați fără nici un dubiu prin intervențiile noastre;

c) care trebuie să fie atitudinea terapeutică față de starea evolutivă a proceselor distrofice;

d) care este prognosticul parțial și de ansamblu al leziunilor și ce se poate obține după aplicarea principiilor noastre de tratament.

Iată o serie de date care dintr-odată devin clar și concret definite numai prin examinarea fișei parodontopatice realizate după principiile stabilite.

Totodată fișa parodontopatică prin graficul ei stabilește și consemnează scriptic înainte de orice tentativă terapeutică starea și gravitatea leziunilor și prognosticul lor, așa încît datorită ei atît în cursul tratamentului cît și după tratament, nu se lasă nici un dubiu de interpretare și nici un prilej de discuții inutile care să dea loc unor obiecții neîntemeiate din partea pacientului, așa cum s-ar putea întîmpla atunci cînd am fi nevoiți să eliminăm vreun dinte, față de care atitudinea de expectativă și-a epuizat toată răbdarea și așteptarea. În această fișă consemnăm cu toată grija

Scanned with OKEN Scanner

toate detaliile leziunilor și manifestărilor maladiei. În ea vom menționa și situația fiecărui dinte atunci cînd el sau ei au suportat procese migratorii ca și sensul acestei migrații, aceasta pentru a avea element de comparație la un oarecare interval de la operație pentru a ne da seama dacă ea s-a ameliorat sau chiar corectat, așa cum deseori am reușit să realizăm prin operația noastră.

De asemenea, fișa trebuie să consemneze în afară de graficul proceselor involutive distrofice și diagnosticul nostru scriptic cu mențiunea unor eventuale observații mai speciale, ca de exemplu:

a) diagnosticul de ansamblu: parodontopatia evolutivă uscată sau supurativă, parțială la un complex odonto-alveolar, la un grup alveolar sau generalizată la tot sistemul alveolar al arcadelor maxilo-mandibulare;

b) inoperabilitatea unui complex odonto-alveolar sau a unui grup de complexe odonto-alveolare ca și indicația avulsiei preoperatorii a dinților respectivi;

c) care complex sau care grup odonto-alveolar ne impune o rezervă de prognostic, deci și o atitudine de expectativă;

d) dacă starea celorlalte alveole se află la limita operabilității, adică în stadiul 3 sau în stadiul operabilității optime;

e) de asemenea, să se menționeze dacă există migrații odontale și care anume este sensul lor — mezial, distal, vestibular, palatinal lingual, ocluzal etc.

Odată consemnate în fișa parodontopatică aceste elemente vor aduce mari servicii în decursul desfășurării tratamentului nostru și a urmăririi evoluției postoperatorie.

Scriptic menționăm observațiile noastre astfel:

Arcada superioară este marcată cu majusculele **D** partea ei dreaptă și **S** partea stîngă.

Arcada inferioară cu aceleași litere însă cu minusculele **d** și **s**.

Segmentul alveolar îl notăm prin cifra romană astfel: segmentul întîi cu I, segmentul doi cu II, trei cu III, și patru cu IV.

De asemenea, zonele ariei segmentului se vor marca după cum zona va fi spre margine — cu **m**, spre apex cu **a** sau centrală cu **c**.

Astfel, atunci cînd dictăm cuiva observații în vederea întocmirii graficului sau cînd noi înșine consemnăm observațiile noastre nu grafic ci numai scriptic — pentru ca apoi după acestea să se întocmească graficul parodontopatic, alături de indicele segmentului și ordinea lui, se va adăuga și una din literele **m**, **c** sau **a**, care vor indica mai precis locul pe unde trece denivelarea în aria segmentului respectiv. El ne va

Scanned with OKEN Scanner

preciza deci că leziunea se găsește în aria segmentului cutare marcat cu I, II, III sau IV dar și mai precis în zona lui marginală, centrală sau apicală. Deci demarcația pentru ca să fie mai precisă să se facă IIc sau IIIm sau IVa etc., adică procesul distrofic se găsește în segmentul II partea centrală sau segmentul trei partea marginală sau patru partea apicală etc. Să exemplificăm pe 2 cazuri într-un mod mai complex scriptica datelor de mai sus care trebuie înregistrate după studierea pe bază de imagini radiografice și elemente clinice ale cazului supus examinării noastre pentru ca după ele să se întocmească graficul.

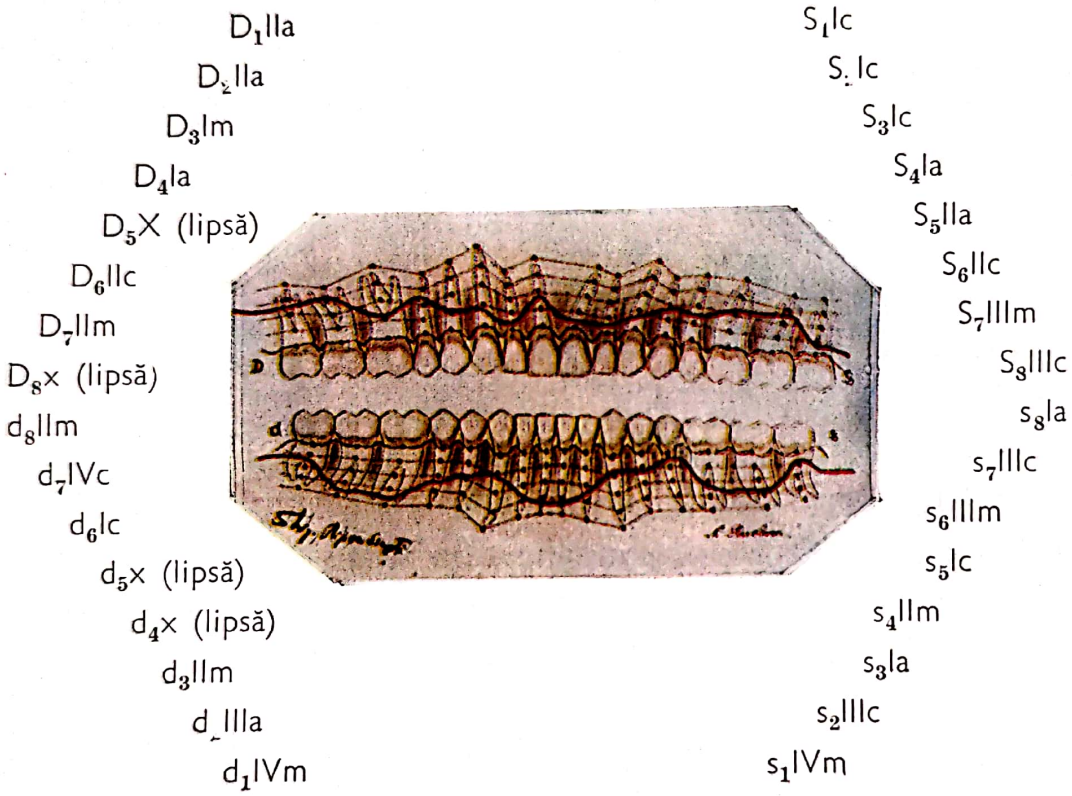


Fig. 37

Primul exemplu: cazul pe care îl examinăm — după studierea datelor pe care ni le dau diversele elemente clinice ale arcadelor odonto-alveolare ca și aspectul imaginilor radiografice ale complexelor odonto-alveolare.

Iată scriptica lui (fig. 37).

De asemenea, migrația disto-vestibulo-ocluzală a lui D_1 cu diastemă accentuată spre S_1, migrația linguo-ocluzală d_2 și distovestibulară a lui d_1.

Pe baza acestor date scriptice putem, așa cum am arătat mai sus, să întocmim graficul stării parodontopatice (fig. 37) cu foarte multă ușurință.

Scanned with OKEN Scanner

Al doilea exemplu: scriptica elementelor anormale constatate prin examenul nostru clinic și mai ales radiografic:

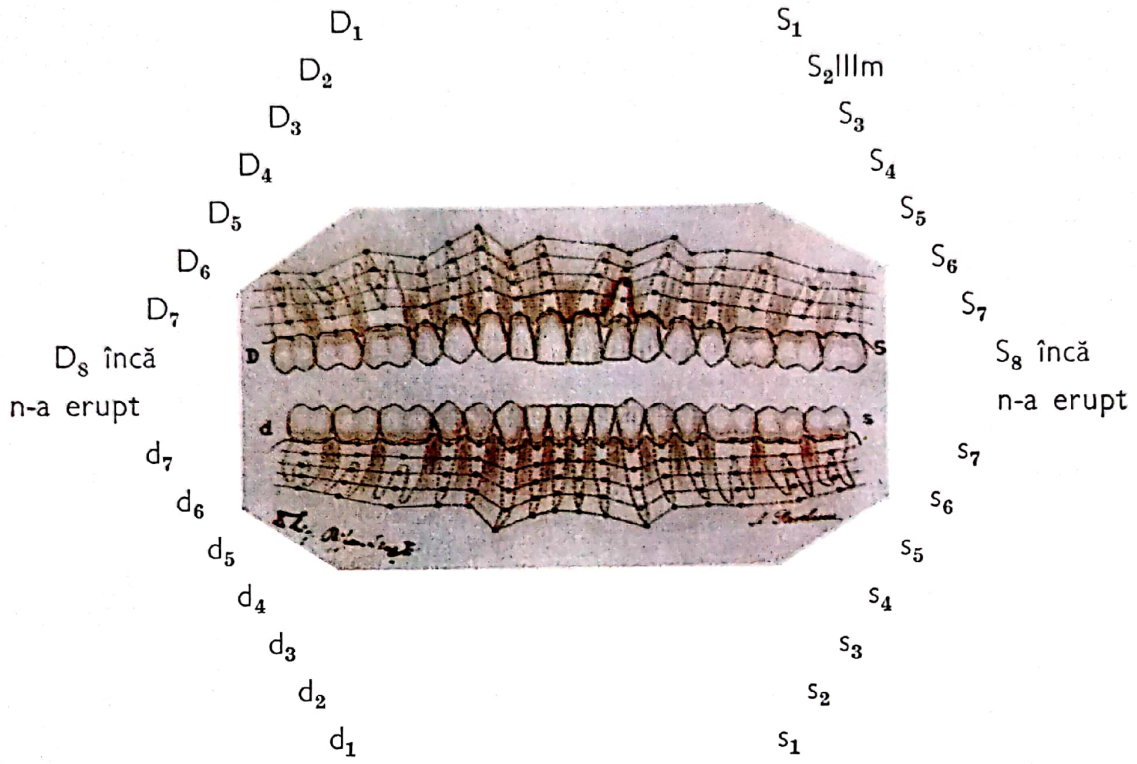


Fig. 38

Discretă migrație, mezio-vestibulară a lui S_2 cu discretă diastemă spre S_3.

Pe baza acestor date scriptice cu foarte multă ușurință se poate trasa (fig. 38) în cadrul liniilor de demarcație ale segmentelor alveolare linia de delimitare a graficului proceselor parodontopatice.

Elementele clinice găsite în aceste două exemple împreună cu datele scriptice și graficul parodontopatic ne folosesc să putem face pe fișa parodontopatiei mențiunile unor observații speciale care trebuie numaidecît subliniate, ca acestea:

● **Prima exemplificare**

Diagnostic: sindrom de parodontopatie esențială generalizat, pioreic, în diverse stadii evolutive.

Inoperabilitatea grupului odonto-alveolar d_2, d_1, s_1, s_2 a complexului odonto-parodontal D_7, d_6, d_7, S_7, deci avulsia dinților respectivi, înaintea zilei de operație sau intraoperator.

Scanned with OKEN Scanner

Atitudinea operatorie și tratament de expectativă pentru complexul odonto-parodontal D_5, s_6, s_4.

Stadiul operabilității optime îl prezintă D_2, D_3, S_1, S_2, S_3 alveolele avînd leziunile aproape de debut.

Limita operabilității pentru restul complexelor odonto-parodontale.

Migrații accentuate cu diasteme ale lui D_1, d_2 și d_1.

● **A doua exemplificare**

Diagnostic: sindrom de parodontopatie esențială parțială cu discretă secreție pioreică în stadiul IIIm evolutiv al lui S_2.

Atitudine operatorie și tratament de expectativă pentru complexul odonto-parodontal S_2.

Migrațiune discretă mezio-vestibulară S_2 cu diastemă discretă spre S_3.

Restul dinților indemni de orice proces distrofic.

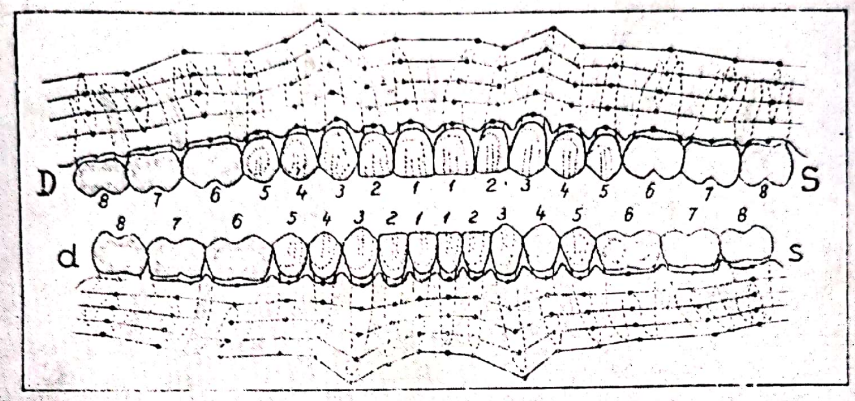
Indicație terapeutică — se va opera focarul, făcîndu-se implantări de « os minerale » la cîte 2 septe de o parte și de alta.

Întocmirea cu toată seriozitatea, conștiinciozitatea și meticulozitatea a acestor fișe (fig. 39), completate și cu mențiunile observațiilor speciale, vor constitui o documentație de foarte mare valoare la administrarea și îndrumarea tratamentului sindromului parodontopatic, la urmărirea evoluției post-operatorii ca și la verificarea în timp, adică după ani și ani, a rezultatelor terapeutice față de starea leziunilor preterapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

FIŞA PARODONTOPATICĂ
ESENŢIALĂ

1. Numele şi prenumele .....
Vîrsta ..... Ocupaţia .....
Adresa ..... telef. serv. .....
Data ..... „ acasă .....



2. DIAGNOSTIC — aspectul clinic, stadiul evolutiv, etc. .....

3. ANAMNEZA — debutul şi modul de apariţie şi manifestare al primelor simptome (foetor, sîngerări spontane sau provocate gingivale, sensibilitate gingivală, dureri la masticaţie, nevoia de a strînge dinţii, cracmente în ATM), etc. .....

4. EXAMEN LOCAL

1. *Ex. Odontal* (în raport cu leziunile parodontale) : starea şi tipul ocluzal, migrări, denudări, mobilitate, lipsuri, leziuni peri-apicale sau coronare, elemente protetice, etc. .....

2. *Ex. Parodontal* — aspectul gingiei marginale : culoare, retracţii, edemaţiată, hipertrofiată, hiperplaziată, ulcerată, sîngerîndă la atingeri, .pungi purulente, etc. .....

3. *Ex. Radiografic* — aspectul distrofiei, localizat, generalizat, vertical, orizontal, etc. .....

I. P. Tiparul — cd. 358/1971

Fig. 39 — Fişa parodontopatică. (continuare pe verso)

Scanned with OKEN Scanner

7 **EXAMEN GENERAL**

1. ***Condițiile Mediului și ale Mediului de viață și activitate***
Viața sedentară, agitată, existența traumelor psihice, stări psihastenice, surmenaj fizic, alimentația; viața sexuală, etc. .....

8. 2. ***Elemente predispozante organice generale*** după :
a. ***Antec. ereditare*** (tare moștenite, ca : obezitate, diabet, hipertensiune esențială, parodontopatie esențială, etc. .....

9. b. ***Antec. personale*** — sarcini, fracturi, infecție bacilară, alte maladii, surmenaj, insomnii, psihastenii, etc. .....

10 3. Elemente survenite drept consecințe ale unor ***corelații de concomitență*** etio-patogenică : nevroze, stări demineralizante, endocrinopatii, diabet, etc. .....

11. 4. ***Probe de laborator*** : urină, sînge (VSH, hemograma, ureia, probele hepatice, glicemia, ***calcemia***, și fosfatemia), salivă (enzimele) etc. tensiunea arterială, electro-cardiograma, etc. .....

TRATAMENTE

12 TRAT. GENERAL (în corelație cu factorii prezumptivi sau depistați) .....

13 TRAT. LOCAL — *gingivo-alveolar și odontal*
a. *Trat. pre-operator :*
— instructaj asupra naturei maladiei, evoluției ei cu și asupra noțiunilor de igienă buco-dentară (periaj, paste și apa de gură, utilizarea și nocivitatea scobitorilor etc.) ;
— detartraj ;
— asanarea focarelor și leziunilor odontale;
— asanarea mucoasei gingivale lezate ca și a pungilor purulente ;
— îndepărtarea elementelor protetice fixe : etc.
b. *Trat. chirurgical : — data și natura operațiilor aplicate*

14 OPERAȚIA ARCADEI SUPERIOARE .....
OPERAȚIA ARCADEI INFERIOARE .....
alte operații .....
TRAT. POST-OPERATOR
a. imediate .....
b. tardive .....

15 CONTROALE POST-TERAPEUTICE (în timp)
a. Clinice .....
b. Radiologice .....
c. Biologice .....

Scanned with OKEN Scanner

SINDROMUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE ȘI CORELAȚIILE SALE CU ALTE SINDROAME PATOLOGICE MAI CARACTERISTICE

Sindromul parodontopatic se manifestă adesea la același organism, împreună cu alte sindroame patologice. Pentru acest motiv credem că este necesar să subliniem unele din sindroamele pe care le întîlnim mai des, împreună cu evoluția distrofică parodontopatică. De asemenea, este necesar să stabilim, pe cît posibil, raportul de corelații care ar exista între ele. Cu toate că unele cazuri se manifestă din punct de vedere patogenic cu totul aparte, totuși în urma examinării a nenumărate cazuri, și a unei supravegheri atente, am constatat că am putea distinge, 3 categorii de corelații:

1. **corelații de concomitență patogenică,**
2. **corelații de concomitență prin dependență patologică și**
3. **corelații de concomitență prin coincidență.**

1. Prima categorie este aceea la care găsim **corelații de concomitență patogenică,** reprezentată prin manifestări patologice mai simple sau mai complexe și, evoluînd în organism în același timp cu procesul de distrofie parodontopatică, fiind declanșate și întreținute în evoluția lor, de aceiași factori patogeni, atît pentru sindromul parodontopatiei esențiale cît și pentru celelalte manifestări patologice ale acelui organism. Această categorie cuprinde:

a) Stările de corelație cu unele manifestări patologice apărute în domeniul metabolismului mineral și anume **stările hipocalcemice:** după imaginile radiografice, o dată cu procesul distrofic — manifestat și prin deplasarea elementului mineral din structura parodontului ca și din restul sistemului scheletic, deplasare necompensată de fenomenele de apoziție minerală, se petrec în organismul parodontopat o serie de alte multe manifestări patologice legate de cele mai multe ori și de natura intimă a procesului demineralizant respectiv decalcifiant. Astfel de coincidențe de concomitență ale stărilor parodontopatice esențiale pot fi întîlnite în cadrul manifestărilor cu stigmate spasmofilice, tetaniforme, fruste, alteori accentuate, trădate

Scanned with OKEN Scanner

prin reflexe tendinoase spastice sau exagerate, semnele Khvosteck, Weiss chiar Trousseau pozitive, senzația de amețeală, anxietate etc., prin tulburări trofice ale fanerelor cu căderea părului, friabilitatea unghiilor etc., cu stigmatele eruptive psoriaziforme, cu unele cefalee rebele și îndelungate, cu rinorei bizare neuro-vegetative etc. etc., subordonate și unele și celelalte în primul rînd stărilor hipocalcemice ca și distoniei neuro-vegetative, agravate de această stare dismetabolică minerală.

Corelația între ele o privim ca o manifestare evolutivă de concomitență patogenică adică, fiind dependente cu multă certitudine de aceiași factori care provoacă și întreține nu numai procesele distrofice parodontale, dar și stări fruste sau grave de demineralizare organică cu consecințele lor de manifestare clinică și care în cea mai mare măsură dispar sau se ameliorează numai cu actul operator remineralizant realizat prin metoda noastră operatorie, aplicată direct focarului distrofic parodontopatic.

b) Stările de corelație prin concomitență patogenică numai prin incitație anormală a sistemului neuro-vegetativ. Unele organisme parodontopate, concomitent cu manifestările parodontale prezintă uneori și manifestări ale unor sindroame care au la baza lor aceeași stare incitatorie primară neurovegetativă ca și procesele parodontopatice, cum sînt: maladia hipertensivă esențială, tulburările neurogene cardiace, gastro-enteropatiile neurogene, endocrinopatiile inclusiv și sindromul diabetic etc., ele apărînd și evoluînd concomitent cu distrofiile parodontului, dependente de aceiași factori incitatori asupra neuro-vegetativului, variabile în calitate, intensitate și durată. Alteori însă șocurile incitatorii vegetative pe care le suportă unele organisme ca consecință a unor condiții de viață sau activitate neobișnuite, găsind unele structuri funcționale cu un potențial vital de reacțiune mai diminuat decît al altora, deci sub pragul potențialului de adaptare și compensare, vor declanșa mai întîi în asemenea sisteme somato-funcționale, stări maladive de tip primar și apoi, așa cum am mai menționat, prin evoluția și agravarea **acestor procese primare** vor provoca uneori **stări patologice de tip secundar** și în alte sisteme organice, dintre care în acest mod pot apare și cele de la nivelul parodontului. În asemenea împrejurări procesele parodontopatice sînt considerate ca accidente secundare, dependente de unele stări patologice apărute sub acțiunea unei stări incitatorii vegetative cu mult anterior apariției proceselor parodontopatice, **tocmai prin acea solicitare a predispoziției structurale mai labile la stări patologice decît structura parodontului.**

2. **Corelații de concomitență prin dependență patologică.** În această categorie se grupează procesele parodontopatice care sînt dependente în special de două stări maladive grave — tuberculoza evolutivă și maladia canceroasă, prin fenomenele incitatorii grave ale sistemului neurovegetativ pe care le provoacă și le întreține toxicitatea creată de evoluția acestor sindroame maladive.

Scanned with OKEN Scanner

În capitolul II al acestei lucrări atunci cînd am menționat unii factori și rolul lor în declanșarea proceselor parodontopatice, făceam mențiune despre unii agenți microbieni sau unele stări de intoxicație gravă în producerea și întreținerea proceselor disfuncționale și mai ales a leziunilor distrofice generale și în special ale celor parodontopatice. Asupra acestei chestiuni nu ne vom opri prea mult deoarece, obiectul ei va constitui mai tîrziu o lucrare aparte. Aici nu facem decît să enunțăm două manifestări patologice care din observațiile noastre se pare că prin coincidența lor nu întîmplătoare au o mare legătură cu provocarea în cadrul manifestării lor, a proceselor de dezorganizare structurală a edificiului parodontal.

Este vorba de tuberculoza evolutivă cronică în special pulmonară și de formele grave de cancer.

Două fapte ne-au atras atenția și ne-au făcut să ne oprim asupra acestor manifestări și a discutării corelației lor cu procesele parodontopatice — unul clinic și altul anatomo-patologic.

Elementul clinic. Frecvente sînt cazurile de parodontopatie esențială, manifestate, uneori, numai prin deșosare și mobilitate crescîndă pînă la avulzia odontală, alteori însoțite și de elemente grave pioreice, în special la vechii bolnavi de tuberculoză pulmonară cu leziuni de lungă durată și foarte grave în evoluție.

Am avut cazuri cînd la unii din ei, deși manifestările pulmonare prin diversele ingrediente au fost aproape stinse, totuși procesele parodontopatice și-au continuat evoluția. În astfel de cazuri chiar și tratamentul aplicat după principiile noastre nu ne-au dat rezultate din cele mai satisfăcătoare.

De asemenea am examinat și am supus operației și două cazuri de parodontopatie evolutivă grav supurativă pe terenuri neoplazice. Unul fusese operat cu 1 an și 8 luni anterior de un epiteliom uterin și altul cu 3 ani înainte fusese operat de un epiteliom mamar stîng.

Această coincidență la început ni s-a părut puțin cam bizară, însă mai tîrziu ea a confirmat anumite ipoteze.

Ambele cazuri deși cu manifestări grave parodontopatice, au fost totuși operate. După operație au mers foarte bine pentru ca după circa 2 ani să reapară lizereul gingivitic caracteristic alterărilor în vitalitatea și troficitatea țesuturilor organice. Acest lizereu odată instalat nu-și ameliora cu nimic caracterele de manifestare, ele coincizînd și cu apariția și evoluția recidivelor epiteliomatoase.

În legătură cu aceste cîteva considerațiuni am descoperit că și dr. Leon Vannier în lucrarea sa « La doctrine homéopathique » în capitolul « Les tuberculiniques et leur traitement » ne dă următoarele explicații care merită, prin importanța lor, să fie citate textual:

« Toute intoxication quelle que soit sa nature, doit faire penser ou à un état tuberculinique ou à un état précancéreux. La déminéralisation due à la tuberculose n'offre pas de caractères spéciaux, elle est bien connue, puisque sur sa constatation que, bien à tort, on « entonne » au malade qui l'a subit, quantité de sels de chaux, Or, depuis quelque temps déjà, le sujet ne peut plus retenir les sels calcificateurs qu'il introduit dans son organisme par son alimentation, le courant calcificateur normal, centripète, par rapport à la cellule, est inversé, car sous l'influence de la toxine intracellulaire cu nericellulaire, il est devenu centrifuge et décalcificateur ».

Aceste date sînt foarte prețioase și impun ca în preocupările noastre terapeutice ca să nu se neglijeze nici acest factor care se pare că ar fi foarte frecvent și a cărui acțiune poate că este dintre cele mai active în procesul distructiv al distrofiei parodontopatice esențiale.

Elementul anatomopatologic. Aceste observații clinice ne-au dat mult de gîndit și ne-au făcut să aprofundăm unele cercetări în Institutul Antropologic Român, asupra colecției de 6 000 cranii, colectate cu multă indiciozitate de anatomistul prof. dr. Rainer, datorită cărora am reușit să facem unele observații foarte importante în legătură cu aceste probleme pentru a le coordona valoarea lor cu principiile de tratament.

Examinînd craniile acestei colecții din punct de vedere osteologic parodontal, am constatat că majoritatea craniilor cu procese osteoporotice ale parodontului (fig. 40, fig. 11) provin de la cadavre decedate în jurul vîrstei de 40—50 de ani prin evoluția leziunilor tuberculoase pulmonare, iar altă categorie mai redusă, prin evoluția manifestărilor canceroase cașectizante.

E greu de presupus în asemenea împrejurări că procesele parodontopatice ar fi putut fi anterior instalării și evoluției acestor manifestări cronice și numai o coincidență de concomitență evolutivă supraadăugată le face să le găsim pe alveolele unor morți de tuberculoză sau cancer.

Însă faptul că procesele parodontopatice ale bolnavilor de tuberculoză beneficiază de tratamentul nostru, dar numai temporar și numai atît cît prin actul operator am echilibrat oarecum acțiunea incitatorie, făcînd ca efectele pozitive ale operației totuși să se mențină un timp oarecare, trebuie să le considerăm că ele reapar în atari împrejurări datorită numai factorului incitator realizat de fenomenele toxemice care dăinuie și care agravează starea de alterare a vitalității și troficității elementelor structurale, deci favorizează și reapariția proceselor distrofice gingivale și alveolare.

Explicarea declanșării proceselor distrofice parodontopatice în cadrul acestor stări patologice grave bacilare și neoplazice ne-o dau numai acțiunea incitatorie activă sau intensă a toxemiei provenită din focarele tuberculoase, ca și acțiunea produșilor toxici prin distrugerea autolitică a elementelor organice din procesele

canceroase, asupra echilibrului funcțional al sistemului neuro-vegetativ. Ambii factori determinînd stări incitatorii grave asupra sistemului vegetativ vor agrava și mai mult diminuarea vitalității organice ducînd-o spre disfuncțiuni și dezagregări structurale generale respectiv și parodontopatice. Bazați pe aceste observații și considerații acolo unde bănuim o impregnație toxemică tuberculinică însoțită de distonie

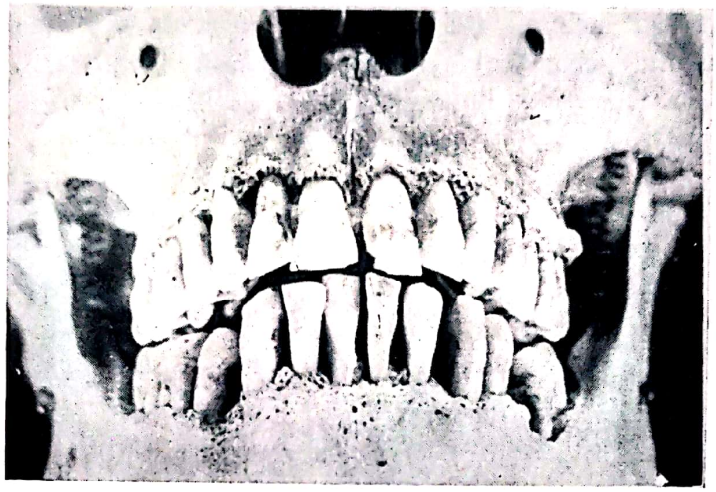


Fig. 40. — Craniu cu leziuni parodontopatice.

intensă neurovegetativă, disfuncții trofice organice etc., impunem parodontopatului și o asistență specifică în acest sens, pe lîngă tratamentul adecvat al bolii tuberculoase.

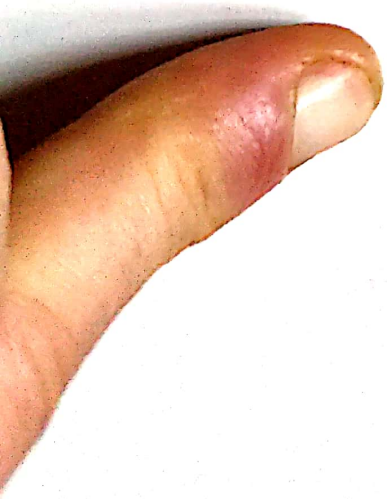
3. **Corelații de concomitență prin coincidență** încadrează toate stările maladive care au survenit incidental la un parodontopat, fie ca simple șocuri accidentale, traumatisme, fracturi etc. sau orice altă maladie intercurentă, dar care n-au nici un fel de legătură etio-patogenică cu sindromul parodontopatic, decît numai doar pe simplă concomitență evolutivă de coincidență și care uneori n-ar face decît să agraveze fondul general patologic.

Dintre aceste coincidențe cele care merită o atenție deosebită sînt **sarcina** și **diabetul.**

Sînt foarte frecvente coincidențele **cînd sarcina** survine în viața organică a unei parodontopate. Este foarte dificil de spus ce atitudine trebuie luată în asemenea împrejurări. Dat fiind faptul că organismul parodontopatic suportă deja fenomene de demineralizare, o sarcină care survine, ar putea agrava și mai mult evoluția proceselor parodontopatice sau ar compromite eforturile noastre terapeutice cînd ele deja au și fost aplicate. Iată o problemă căreia i se pot da răspunsuri în fel și chip după diferiți autori. Problema pusă o lăsăm deschisă tuturor discuțiilor care s-ar putea naște în legătură cu această eventualitate.

Cu **sindromul diabetic,** în special cel zaharat, parodontopatia esențială poate avea raporturi și de concomitență patogenică ca și de concomitență prin coincidență. Există totuși și o stare de concomitență prin dependența patologică cu diabetul. În astfel de împrejurări noi privim starea parodontopatică nu ca o stare esențială, care ar avea la baza ei o incitație și distonie neuro-vegetativă dependentă de unii factori incitatori încă ipotetici, ci ca o alterare, prin dismetabolismul organic glucidic, a potențialității trofice și vitale organice. De aceea procesele distrofice ce se instalează în parodont în cadrul evoluției sindromului zaharat, le considerăm ca manifestări ale unei parodontopatii specifice, provocate și întreținute de alterarea metabolismului hidrocarbonatelor.

Aceste mențiuni au o deosebită importanță în preocupările noastre terapeutice, căci dacă stările parodontopatice de concomitență patogenică și cele de coincidență impun o temporizare a oricărei intervenții, cele de concomitență prin dependență patologică, sînt net contraindicate operației. Ele nu se vor trata decît numai după vindecarea stărilor organice alterate de factorul care le-a favorizat.



Scanned with OKEN Scanner

PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ ȘI FACTORUL EREDITĂȚII PATOLOGICE

În practica noastră profesională de multe ori ni se pune de către pacienții parodontopați, cu bună dreptate, o problemă foarte importantă și anume dacă maladia aceasta se moștenește.

Cu hotărîre afirmăm: procesele parodontopatiei esențiale nu se moștenesc, se moștenește însă terenul organic, adică tipul constituțional fizio-somatic cu susceptibilitatea sa predispozantă spre tot felul de disfuncțiuni sau distrofii, care se vor declanșa și manifesta, în raport cu variate acțiuni ale factorilor incitatori, în oricare organ sau sistem funcțional, care prin labilitatea conformației sale cu o predispoziție locală particulară le va favoriza sau mai precis le va solicita declanșarea.

Așa se explică de ce dintre asemenea tipuri fizio-somatice cu tare predispozante, unele fac stări hipertensive, altele endocrinopatice, maladii ulceroase gastro-duodenale etc. și respectiv alte stări parodontopatice esențiale de ordin primar, care singure domină tabloul morbid al organismului respectiv. De asemenea ele pot fi și de ordin concomitent cînd ele apar și evoluează odată cu una sau alta din stările menționate, sau pot evolua și secundar unei morbidități complexe, ca o consecință a evoluției acestora.

Factorului eredității i se poate atribui majoritatea stărilor parodontopatice. Indivizi descendenți ai unor părinți cu fel de fel de maladii, în special din categoria stărilor patologice care au la bază procese disfuncționale și distrofice, toți sau în marea lor majoritate, pe principiul fenomenelor unor defecte, neuro-vegetative, dismetabolice sau enzimatice care pot genera manifestări cu caracter ereditar, poartă în constituția lor fizio-somatică în stare de latență predispoziția maladivă a ascendenților lor. Această susceptibilitate rămîne latentă atîta timp cît condițiile de viață sau activitate a individului respectiv n-au iritat sau incitat și bruscat, echilibrul fizio-somatic spre diverse disfuncțiuni, pe care datorită tocmai deficienței moștenite, neputîndu-le compensa, vor duce încet sau mai rapid spre variate leziuni organice manifestîndu-se sub tot felul de sindroame patologice.

Scanned with OKEN Scanner

Vedem deci cîtă importanță trebuie să acordăm tipului constituțional fizio-somatic în interpretarea apariției, evoluției ca și a caracterelor de manifestare a proceselor care caracterizează anatomo-clinic și radiologic sindromul parodontopatiei esențiale. El ne explică de ce din același grup de indivizi, toți trăind și activînd în același mediu și cam în aceleași circumstanțe, unii sînt expuși să declanșeze stări disfuncționale și distrofice și alții rămîn indemni.

Dar nu numai de calitatea, intensitatea și durata de acțiune a factorului incitator depinde caracterul de evoluție și manifestare a proceselor parodontopatice, ci în primul rînd, așa cum am menționat mai sus, de calitatea terenului organic, adică de susceptibilitatea spre astfel de distrofii, moștenită pe calea ascendentă a tipului constituțional fizio-somatic. În cazurile examinate de noi am descoperit că un mare procentaj dintre aceștia își aveau unul sau ambii părinți purtători de proteze încă de la vîrste tinere, ceea ce ne face să bănuim că edentația acestor ascendenți (mamă, tată, bunic) la o astfel de vîrstă se datora cu multă certitudine numai unor stări parodontopatice.

Nu este însă absolut necesar ca parodontopații să moștenească numaidecît un teren parodontopatic de la ascendenți. Ei sînt predispuși spre stări parodontopatice, deci stări disfuncționale și distrofice chiar și atunci cînd ei moștenesc o susceptibilitate spre oricare din stările patologice care au la bază procese organice disfuncționale și distrofice. Asemenea stări patologice vor transmite predispoziția spre oricare stare maladivă dacă nu în intensitatea caracterelor lor, în orice caz suficient ca ea să se manifeste evident. Așa se explică cum unor parodontopați le găsim uneori în ascendență, dacă nu un parodontopat, de cele mai multe ori însă un hipertensiv, ori un ulceros gastro-duodenal, ori un nevrotic cardiac etc. El moștenește susceptibilitatea organică generală, iar pentru declanșarea maladiei intervine și factorul predispoziției locale care va face ca în organul sau sistemul în cauză să apară și să evolueze mai întîi procesul patologic și apoi eventual și în altă parte.

Considerațiile menționate aici sînt extrem de importante, nu numai pentru edificarea pacientului în sensul eredității stării sale organice atît normale ca și patologice și nu numai pentru interpretarea poate uneori bizară a apariției și a manifestării sub diverse aspecte a sindromului parodontopatic la unii indivizi care atît ca aspect general lasă impresia unei desăvîrșite sănătăți; aceste menționări sînt de o mare valoare în aplicarea principiilor de asistență preventivă și generală cît mai ales chirurgicală, realizată prin metoda noastră operatorie.

În primul rînd, în ceea ce privește răspunsul nostru atunci cînd în astfel de cazuri avem a ne pronunța asupra prognosticului terapeutic medical și chirurgical, acesta **totdeauna trebuie să fie expus cu o deosebită rezervă și reținere.** Să fim prudenți cînd facem afirmații în această direcție, căci la mijloc nu este vorba numai de asanarea și tratarea unei stări patologice oarecare ci de redresarea unei tare fizio-somatice

Scanned with OKEN Scanner

moștenite, care după părerea noastră este foarte greu dacă nu chiar cu neputință de realizat. Credem că aici principiile de asistență preventivă pe care le menționăm în capitolul respectiv puse în aplicare la vremea lor pot avea efectele cele mai salutare. Odată ce pe un teren constituțional cu tare patologice ereditare vor apare procese distrofice parodontopatice, eforturile și preocupările noastre de tratament vor trebui să fie dublate, chiar exagerate și cu multă severitate aplicate și supravegheate pentru a realiza cît mai mult din rezultatele pe care le așteptăm.

Noi, în marele număr de mii de cazuri pe care le-am examinat, tratat și urmărit apoi ulterior an cu an, pe unii chiar 10—12 ani, am remarcat că unele insuccese nu se datorau în cea mai mare măsură numai factorului ereditar. De aceea în astfel de împrejurări atitudinea noastră terapeutică trebuie să fie cu totul deosebită, în special față de cazurile în ascendența cărora bănuim o tară ereditară, considerînd că de cele mai multe ori ea ar putea sta la baza sindromului parodontopatic și care ar pune la grea încercare succesele pe care urmărim să le realizăm în asistența lor.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA a II-a

Principii de tratament

ÎN

SINDROMUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE

Principii generale

Privind problema parodontopatiei esențiale prin prisma considerațiilor expuse în capitolele anterioare, — ne putem da seama că și preocupările asupra asistenței ei solicită o comportare cu totul deosebită, decît cele care se mai practică.

Bazați pe aceste elemente fizio-anatomo-patologice și clinice, expuse în prima parte a acestei lucrări, chiar de la începutul preocupărilor noastre în această materie, am ajuns la concluzia că — **rezolvarea problemei de remediere a manifestărilor a acestui sindrom nu poate fi realizată decît prin aplicarea următoarelor principii cardinale în conduita noastră terapeutică:**

1. sustragerea organismului parodontopatic condițiunilor incitatorii intense și grave, oricare ar fi factorul determinant;

2. redresarea stărilor de **apatie vitală organică** generală, deci și locală, prin stimularea și activarea vitalității și troficității fizio-somatice organice generale profund alterată de diverși factori incitatori cu consecințe distonice neuro-vegetative și dismetabolice;

3. îndepărtarea din focarul parodontopatic a elementelor supurative, osteitice și de granulație, prin curățire perfectă mecanică și prin dezinfecție medicamentoasă, — apoi

4. provocarea și stimularea la nivelul parodontului în distrofie a unor fenomene de redresare structurală prin determinarea unor fenomene de remineralizare generală și în special de osteo-condensare a structurii osului alveolar în sensul favorizării unui **calos osteo-alveolar periodontal.**

În ansamblul lor aceste obiective reprezintă **coordonatele principiilor care trebuie să stea la baza asistenței sindromului parodontopatic.** Prin aplicarea lor îmbi-

Scanned with OKEN Scanner

nată, coordonată și bine dirijată avem credința că **reușim să realizăm în focar o stare inversă și opusă condițiilor patologice care stau la baza procesului de apariție, instalare și evoluție a distrofiei parodontopatice,** adică remediind leziunile acestei distrofii.

Prin sistematizarea realizării modalității de aplicare a principiilor enunțate mai sus am ajuns la conceperea metodei noastre de tratament care va fi expusă în toate detaliile în capitolul care urmează.

Cunoscînd sindromul parodontopatiei esențiale sub diversele sale aspecte biofiziologice, patologice și anatomo-clinice, precum și factorii favorizanți și determinanți care duc la declanșarea acțiunilor incitatorii ca și a proceselor disfuncționale și distrofice, se vede de la sine că și tratamentul care trebuie să se administreze în sensul acestei concepții va diferi cu mult de cel care se practică.

În primul rînd, problema asistenței parodontopatiei trebuie să se **adreseze terenului organic,** activîndu-i funcțiile sale lenevite, diminuate sau alterate, să-l redreseze din starea lui de **apatie vitală organică.**

Nu se poate concepe un tratament local al acestei distrofii **neglijîndu-se redresarea stării generale a organismului, adică a terenului.**

Trebuie ca mai întîi să se aibă în vedere redresarea terenului organic din starea lui de susceptibilitate față de acțiunea incitatorie distrofiantă a sistemului neurovegetativ, conferind organismului, prin mijloace de reactivare a tuturor compartimentelor sale în stare de deficiență funcțională și alterații structurale un potențial fiziologic și structural care să-l facă apt de acțiuni compensatorii, adaptatorii și reparatorii față de agresivitatea forțelor nocive ce-i distrug echilibrul vital organic.

Numai avîndu-se în vedere, înainte de toate, tratamentul stărilor deficiente ale unor disfuncții generale și apoi consecințele lor distrofice, se pot realiza condiții favorabile unei terapeutici optime locale ale proceselor parodontopatice. **Redresarea stării generale organice nu numai că favorizează dar și consolidează rezultatele terapeutice locale pe care o instituim în parodontopatia esențială.**

Pe de altă parte, dat fiind faptul — așa cum am subliniat în capitolul precedent — că acest sindrom aproape întotdeauna reprezintă numai o verigă dintr-un lanț complex de manifestări morbide dependente în general de aceleași cauze și apărînd cam în aceeași epocă și în aceleași împrejurări cu acestea, tratamentul parodontopatiei esențiale nu poate fi izolat, căci dacă sînt neglijate, ele ar putea ulterior să facă să reapară unele din elementele proceselor parodontopatice.

Datorită acestor considerații, se impun trei comportări în problema asistenței parodontopatiei esențiale care vor rezolva aplicarea în practică a principiilor enun-

Scanned with OKEN Scanner

țate. Toate aceste modalități de comportare acționează nu izolat ci colaborează între ele pînă ce se realizează redresarea organismului în sensul măririi potențialului de reacție, de apărare somato-fiziologică pe de o parte, iar pe de alta, pînă la consolidarea organului parodontal care se află în proces de dezagregare minerală și destrămare structurală.

Aceste trei modalități de comportare constau în:

1. **asistență prin aplicarea unor măsuri de ordin general;**
2. **asistență medicală:**
   a) **— generală**
   b) **— organopatică în general și**
   c) **— endocrinologică:**
      — adjuvantă și
      — corectoare;
3. **terapeutica distrofiilor parodontopatice propriu-zise.**

I. Asistența prin aplicarea unor măsuri de ordin general

Ele constau în repunerea organismului respectiv în condiții optime de viață și de desfășurare a activității sale, adică de a-l sustrage și îndepărta pe cît posibil de circumstanțele anormale care ar determina asupra lui acțiuni incitatorii care duc la disfuncții și apoi la distrofii.

Pentru astfel de organisme, viața scutită sau cu cît mai puține emoții, enervări, frămîntări, agitații, care le-ar crea o stare de tonus incitator, este o realizare mare în cadrul preocupărilor de asistență generală. Se vor evita de asemenea intoxicațiile de tot felul, fie ele profesionale, fie mai ales din categoria celor vicioase ca — alcoolice, alcaloidice și **în special tabagice,** — fie de intoxicații de ordin intern produse de disfuncțiile organelor asimilatorii (tulburări în metabolismul proteinelor, glucidelor sau lipidelor) datorită cărora trec în economia internă fără a putea fi neutralizate, distruse sau eliminate imediat, diverse substanțe intermediare elementelor asimilabile, care pot determina, așa cum am văzut într-unul din capitolele anterioare, stări incitatorii neuro-vegetative cu repercusiuni grave asupra echilibrului fizio-structural organic.

Repaus, mișcare în aer liber, în plină destindere psihică și fizică plină de voie bună, prin cură helioterapică, maritimă sau alpină.

Mai ales pentru organismele cu o structură sensibilă, cu un teren de o labilitate deosebită față de unele manifestări morbide de tip incitatoriu neuro-vegetative, **cura sanatorială,** fie ea maritimă sau mai ales de altitudine, repetată din cînd în

Scanned with OKEN Scanner

cînd, prin facilitarea reactivării tuturor funcțiilor hotărîtoare echilibrului vital, asigură succesul spre o redresare generală organică atît psihică, cît și fizică.

Pentru a ilustra aceste afirmații prezentăm fișa unuia dintre pacienții noștri, care cred că conferă un exemplu concludent de manifestare și evoluție parodontopatică.

C.D., de 43 de ani, distins avocat. Vine la consultațiile noastre în 20 iunie 1939 pentru oarecare jene dentare și foetor ex ore îndeajuns de accentuat. Acest avocat fiind unul din cei mai buni profesioniști ai orașului era cunoscut prin felul de viață și activitate. Fumător excesiv, ducea o viață foarte dezordonată ca odihnă și alimentație. O activitate intensă, un temperament dinamic, veșnic surescitat chiar impulsiv la bară în pledoariile sale neobișnuit de lungi (3—5 ore).

Examenul general arată o constituție robustă, bine dezvoltat ca conformație morfologică, inteligent, vioi și foarte dinamic în mișcări și gîndire, însă așa cum ne-o declară, ajunsese în ultimele luni să se simtă cam obosit, ceea ce i se părea ceva anormal pentru etatea și starea lui fizică. Tabagic în exces, în restul funcțiilor organice în aparență nici un semn patologic.

Bucal — conformația morfologică buco-facială normală. Arcadele dentare complete și în ocluzie normală; dinții prezentau însă o mobilitate accentuată, avînd și un lizereu discret gingival ca și a proceselor în dreptul unora din ei, și cu oarecare secreție pioreică. Tocmai aceste manifestări determinaseră și pe pacient să vină la consultație.

Față de această stare generală și mai ales bucală, care ajunsese prin mobilitatea dinților să-i creeze unele neplăceri îndeajuns de accentuate, iar pe de altă parte ținînd seama că la acea dată activitatea juridică a baroului intrase în vacanță pînă la 1 septembrie, el refuzînd să fie supus unor examene biochimice sau hormonale după care să i se instituie un tratament mai complex, deoarece îi știrbeau din vacanță, i-am recomandat să meargă într-o stațiune climaterică, pentru odihnă desăvîrșită, timp de două luni, rugîndu-l ca la revenire, chiar în prima zi, să mă consulte pentru examen de control.

Revăzîndu-l la 1 septembrie 1939, adică după ce a petrecut aproape două luni, în condiții de viață în aer liber, departe de griji, agitații și frămîntări de tot felul — în afară de faptul că-și recăpătase noi puteri de muncă, dar avea o stare generală excelentă. **Sistemul dentar își reconsolidase fixitatea într-atît încît nu manifesta nici cea mai discretă mobilitate, iar alterațiile gingivale dispăruseră cu desăvîrșire.**

În aceste condiții somatice și funcționale, el și-a reluat activitatea la bară.

Au venit apoi ani grei de război și de bejenie (1941—1945), care pe lîngă grijile zilnice ale profesiei au mai împovărat viața și cu alte necazuri, poate și mai grele și cu repercusiuni chiar mai profunde asupra vieții și funcțiilor organice, mai ales ale organismelor susceptibile unor procese morbide, de genul distrofiilor organice.

Aceasta a făcut ca pacientul nostru să nu mai aibă nici timpul prielnic nici posibilități ca să se sustragă activității sale, spre a se supraveghea și a pune în aplicare măcar din cînd în cînd sfaturile noastre. Pînă în decembrie 1948, nu l-am mai revăzut. La această dată vine să ne întrebe, ce mai are de făcut în starea în care se găsea, deoarece aproape toți dinții și-i pierduse unul cîte unul, fără ca vreunul din ei să prezinte nici cea mai mică urmă de distrugere, de liză dentară. În afară de aceasta, el de astă dată prezenta un complex maladiv: hipertensiune, tulburări cardiace, dispeptice, tulburări hepatice ca și o colită spastică neurogenă.

Iată un tablou de debut și evoluție parodontopatică, care a dus și la dezastrul odontal ca și la agravarea altor funcții organice, a căror asistență în acest stadiu,

Scanned with OKEN Scanner

devine mult mai greu de corectat, deoarece un organism surprins în momentul cînd el funcțional cedează, epuizîndu-și în parte din potențialul de reacție compensatorie și adaptatorie, mult mai ușor îl putem reactiva și redresa chiar numai printr-o viață sustrasă de la condiții anormale a activității sale. Alteori însă cînd starea generală o permite și o cere, să facem ca ea să fie ajutată și de unele stimulente biochimice. Atunci însă cînd un asemenea organism și-a epuizat complet forțele de reacție, cedînd, el intră în stadiul manifestărilor alterațiilor trofice ca și structurale, care prin elementele biochimice și anatomopatologice caracteristice duc spre faza biologică a îmbătrînirii organice prea timpurii. În acest stadiu asistența parodontopaților devine deja o problemă mult mai dificilă; căci organic ceea ce s-a distrus și s-a pierdut nu se mai poate restaura, iar ceea ce a mai rămas din edificiul suportului odontal — parodontul, cere multe și mari eforturi pentru a mai putea fi reconsolidate. Fenomenele vieții ajunse în acest stadiu — așa cum am mai spus în cuprinsul acestei lucrări, nu sînt reversibile, dar pot fi ameliorate. Dacă nu le-am surprins la timp adică în momentul optim al asistenței lor și sînt neglijate, inevitabil își vor continua cursul mai rapid sau mai lent spre conturarea prea timpurie a manifestărilor senescenței la astfel de organisme care prin vîrsta lor trebuie să se găsească în plină maturitate organică.

II. Asistența medicală în parodontopatia esențială

Odată cu preocuparea noastră de a sustrage parodontopaticul pentru totdeauna sau cel puțin din cînd în cînd din condițiile sale de viață anormale care, așa cum am văzut, au repercusiuni atît de grave asupra echilibrului său vital, spre a-l supune fie unei cure sanatoriale în sensul ideal al asistenței generale, fie reglementării unei activități chibzuite și ordonate, — trebuie să intervenim concomitent și asupra diverselor stări organice deranjate, stimulînd și ajutînd redresarea și restabilirea lor prin reactivarea fenomenelor vitale fizio-somatice solicitate de fiecare sindrom maladiv.

De aceea asistența medicală a manifestărilor parodontopatice concepută și prin prisma și a unei asistențe generale a patologiei organice, trebuie să constituie o problemă foarte importantă și riguros administrată în modalitățile aplicațiilor ei.

Ea trebuie să preceadă asistența locală adică parodontopatică propriu-zisă și apoi să fie continuată mult timp după executarea tratamentului bucal și din cînd în cînd reluată atît timp pînă ce sîntem asigurați că am redresat sau cel puțin ameliorat stările organice generale alterate. Această asistență se poate realiza, fie prin măsurile menționate de ordin general ca și prin combaterea lor prin diverse ingrediente medicamentoase specifice acestor disfuncții și distrofii. Pentru considerațiile de mai

Scanned with OKEN Scanner

sus asistența medicală în parodontopatia esențială comportă trei atitudini în aplicarea ei practică:

A. asistența medicală generală;

B. asistența diverselor manifestări patologice care au precedat sau evoluează concomitent cu stările parodontopatice și;

C. asistența proceselor endocrinopatice, care după natura leziunilor și gradul de manifestare poate fi:

a) **adjuvantă** sau
b) **corectorie.**

A. Asistența medicală a stărilor patologice generale

Aceasta constă în aplicarea, după principiile preocupărilor de asistență ale terapeuticii medicale generale, a diverselor mijloace care au rol: a) a debarasa organismul parodontopatic de diverși factori care îi provoacă o stare de intoxicație, oricare ar fi proveniența lor fie endo- sau exogenă, — b) a provoca prin diverse principii medicamentoase epurația, adică eliminările pe toate căile a acestor elemente toxice sau toxi-inflamatorii, — c) a neutraliza prin diverse ingrediente chimice, antibiotice, imunologice și antitoxice acțiunea nocivă a diverșilor factori microbieni pătrunși în organism periclitîndu-i prin acest mod echilibrul său static și funcțional, — d) apoi administrarea unor vitamine ca și a altor substanțe care să stimuleze și să ușureze prin prezența lor în umorile și țesuturile organice efortul organismului de a restaura **potențialul vitalității generale organice alterate prin procesul distrofiei;** e) totodată, prin diverse produse chimice sau hormonale se are în vedere și reechilibrarea specifică a distoniei neurovegetative, — pe unele stimulîndu-le, pe altele moderîndu-le pînă ce se ajunge la restabilirea echilibrului lor funcțional.

B. Asistența medicală a stărilor patologice care evoluează concomitent cu parodontopatiile esențiale

Această asistență are ca scop să amelioreze și chiar să ducă pînă la vindecare, cînd este posibil, manifestările diverselor sindroame patologice ale organismului ca maladia ulceroasă gastro-duodenală, colitele, colecistitele, stările hipertensive arteriale, sclerozele renale, nevrozele cardiace etc. dintre care unele din ele agravează evident sau întrețin evoluția proceselor parodontopatice.

În vederea acestui scop sînt folosite toate mijloacele terapeutice pe care știința medicală le pune la dispoziția terapeuticii medicinei generale.

Nesocotind valoarea acestei comportări ca și a mijloacelor multiple care se folosesc la redresarea și vindecarea diverselor stări patologice ale unor organe sau

Scanned with OKEN Scanner

sisteme organice, în problema asistenței generale și medicale a parodontopatiei esențiale, se riscă ca după aplicarea tratamentului local să se creeze unele grave dificultăți în obținerea succeselor după aplicarea metodei ce o preconizăm, în combaterea proceselor distrofice parodontopatice.

Modalitățile de asistență ale diverselor sindroame reprezintă în totalitatea lor preocuparea clinicii medicale generale pentru care motive nu am făcut decît să le enunțăm și să le subliniem valoarea în cadrul asistenței în procesele parodontopatice.

C. Asistența manifestărilor endocrinopatice

Am văzut în capitolul precedent rolul important al vieții și activității sistemului endocrin pentru echilibrul static și funcțional al structurilor organice. De asemenea ne-am dat seama la ce stări maladive, prin agravarea stărilor incitatorii, duc unele disfuncții ale ansamblului endocrin sau numai ale unor glande endocrine.

De aceea consider că asistența endocrină trebuie să reprezinte o deosebită preocupare în problema asistenței medicale a parodontopatiei esențiale. De succesul aplicării tratamentelor asupra stărilor endocrinopatice depinde într-o considerabilă măsură reușita redresării stărilor organice generale și a consolidării rezultatelor imediate și mai ales îndepărtate a operației asupra distrofiilor parodontale.

Uneori stările endocrinopatice sînt mai ușoare, mai puțin grave, ele datorîndu-se unei elaborări hormonale necorespunzătoare, prin calitate sau cantitate, cu necesitățile vitale ale organismului. În această eventualitate o adăugire hormonală la cea pe care sistemul endocrin o produce, contribuie la redresarea stărilor organice perturbate.

Alteori însă, produsul endocrin, prin natura leziunilor survenite în una sau unele din glandele endocrine, lipsind total, creează organismului respectiv grave stări disfuncționale și respectiv distrofice. Asemenea organisme cu o carență gravă au nevoie de o administrare hormonală **corectorie masivă** pentru a fi readus în stare optimă de funcțiune.

Pentru aceste considerații asistența manifestărilor endocrinopatice din punctul nostru de vedere este:

1) **adjuvantă** atunci cînd urmărim ca numai prin minime cantități să stimulăm funcțiile organice în deficiență, — și

2) **corectoare,** cînd se are în vedere corectarea masivă a carentei totale a factorilor hormonali, fie numai a unei glande sau a mai multora, creînd în acest mod pentru astfel de organisme o întreținere continuă sau temporară cu doze optime pentru viața și activitatea lor echilibrată.

Scanned with OKEN Scanner

1) Asistența endocrinologică adjuvantă

Constă în administrarea unor produse hormonale de extrageri organice sau sinteze biochimice, care în raport cu natura disfuncției incitatorii are drept scop fie să **neutralizeze** unele elaborări hormonale ale unora din glandele prea active, fie să ajute efortul organic de readaptare la noile stări, pentru a asigura în acest mod echilibrul neuro-vegetativ, atît de necesar condițiilor de viață.

Acest tratament, atunci cînd factorul incitator ține de o alterare parțială în sistemul endocrin, așa cum în marea majoritate a cazurilor se întîlnește, este foarte delicat de administrat din cauza dificultății aprecierii dozajului hormonal.

Dificultatea este mai mare mai ales atunci cînd disfuncția este descoperită aproape de începutul ei, deoarece în aceste cazuri produsul hormonal pe care trebuie să-l administrăm, prin calitatea și cantitatea sa trebuie să fie aproape echivalentă carenței parțiale, avînd menirea sau să **stimuleze numai activitatea parenchimului glandular, obosit sau în suferință,** după care glanda să-și poată relua activitatea fiziologică normală, **sau să ajute prin adăugire,** completînd partea deficitară de secreție a acestor organe necesare complexului armonios de funcții generale.

O consecință a unei imposibilități de a cunoaște exact carența cantitativă și calitativă a hormonilor care au dus prin mecanismul respectiv la alterarea disfuncțională și structurală organică este și dificultatea unei asistențe adjuvante corect administrate. De aceea acest tratament impune **obligatoriu** o supraveghere îndeaproape a organismului supus administrării acestor principii pentru a urmări reacția lui în raport atît cu calitatea hormonilor cît mai ales cu doza terapeutică care să fie tolerată fără a provoca alte alterări fiziostructurale deci accidente defavorabile unei asistențe optime în parodontopatia esențială. Cu toate aceste dificultăți de stabilire a cantităților hormonale fie stimulante numai, activînd secreția parenchimului glandular lenevit sau obosit, **fie de completare a carenței parțiale hormonale, administrarea** acestor principii, cu deosebită grijă — duce la obținerea celor mai fericite rezultate.

2) Asistența endocrinologică corectoare

Aceasta vizează categoria manifestărilor patologice unde nu este numai o disfuncție pasageră sau una mai ușoară, ci cazurile în care există leziuni grave în structura funcțională a unei glande sau sistem glandular. Asemenea leziuni pot surveni fie consecutiv unei oboseli îndelungate prin exces funcțional, fie unor șocuri inhibitorii grave în intensitate și durată, fie unor procese inflamatorii care interesează structura nobilă glandulară, fie unei deficiențe genetice și de dezvoltare, fie, în fine, datorită unor leziuni accidentale sau operatorii asupra acestor glande, — eventua-

Scanned with OKEN Scanner

lități care realizează patologic o lipsă totală a aportului hormonal, respectiv o carență hormonală integrală sau totală.

Pentru aceste cazuri, problema remedierii manifestărilor cu absență totală a acestor principii hormonale solicită administrarea unei medicații corectoare totale care să redreseze și să asigure ansamblul de funcții grav alterate ale organismului. În aceste cazuri produsul hormonal biochimic sau de extragere care se va administra în raport cu natura glandei lezate, va trebui să reprezinte integral doza vitală cerută de necesitățile echilibrului funcțional organic: adică cantitatea de principii neuro-hormonale fiziologică echivalentă întocmai cu cea pe care o datorează organismului, prin secreția sa, organul lezat.

Prin acest mod de comportare urmărim să realizăm, după cum o necesită starea fizio-patologică a organismului, **principiul reactivării funcțiilor organice** — fie în mod **adjuvant,** adăugînd și completînd numai anumite procese neuro-hormonale organice sau de sinteză pe care glandele respective prin starea lor anormală se găsesc într-o imposibilitate să le elaboreze în cantitățile necesare pentru menținerea echilibrului funcțional organic, — fie **corectînd masiv carența** totală în principii vitale care condiționează echilibrul vieții organice, — administrînd în aceste cazuri doza fiziologică corespunzătoare secreției organului în suferință.

Ambele modalități au drept scop:

— să stimuleze reactivarea potențialului fiziologic lenevit sau diminuat al unor glande cu rol fiziologic preponderent;

— să corecteze carența integrală a unor principii hormonale hotărîtoare echilibrului vital organic;

sau alteori

— chiar să modereze eventual unele funcții prea active ale unor glande sau sisteme care și prin suprafuncția lor duc la anumite manifestări patologice cu rol hotărîtor în declanșarea proceselor distrofice.

Astfel, se realizează în ansamblul acestei asistențe reducerea acțiunii incitatorii asupra sistemului neurovegetativ, ajungîndu-se încetul cu încetul la repunerea în normal a echilibrului funcțional al vieții vegetative care va asigura menținerea echilibrului, a schimburilor vitale din integritatea structurilor organice.

În cadrul acestei probleme aportul preocupării endocrinologiei și al studiului fiziologiei normale și patologice a sistemului nervos vegetativ este absolut necesar atît pentru cunoașterea deficiențelor secretorii cît mai ales pentru administrarea exactă a principiilor neuro-hormonale care să influențeze și să restaureze atît disfuncțiile neuro-vegetativului ca și consecințele lor structurale.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru aceste considerații acest capitol al asistenței este rezervat specialităților respective, de aceea ne-am limitat în descrierea lor fără a insista asupra detaliilor aplicării lor practice.

III. Terapeutica distrofiilor parodontopatice propriu-zise

Generalități

Așa precum am văzut în capitolele precedente, în parodontopatia esențială este vorba de o evoluție distrofică a organului de susținere a dintelui, a parodontului, datorită unei alternații a vitalității și troficității organice generale și în special a țesuturilor parodontale.

Structural este o dezorganizare minerală a edificiului osos a alveolei odontale și o alterare a elementelor structurale respective gingivo-ligamentare.

Pentru aceste considerente, principiile de tratament care stau la baza asistenței acestei distrofii trebuie să realizeze **două mari obiective:**

1. **Oprirea fenomenelor de dezorganizare și alterare surprinse în plină evoluție:**

a) atenuînd pînă la aseptizare supurația atunci cînd ea există,

b) extirpînd prin chiuretaj țesutul de granulație din pungile pioreice și spațiul alveolo-odontal, și

c) excizînd atît hipertrofia proceselor gingivale cînd ele sînt exagerate prin procesul de infiltrație și hiperplazie a țesutului de granulație ca și marginea conturului alveolar în proces osteitic sau de osteoliză, cu freze de diferite mărimi.

2. **Determinarea unor fenomene de mutație, apoziție și recondensare minerală** a pereților alveolari care să aducă după ele o reactivare biologică a țesutului osos parodontal ca și recondensarea structurii suportului odontal în vederea refixării dinților din arcadele alveolo-odontale.

Preocupări ale realizării în practică a primului obiectiv în decursul vremurilor, așa cum se vede din răsfoirea literaturii a acestei discipline, au fost variate și nenumărate, manifestate prin fel de fel de metode și principii. Dacă eforturile și strădania multora care s-au consacrat acestei probleme nu prea au fost întotdeauna încununate cu laurii unor succese desăvîrșite, asta totuși nu poate fi desconsiderată, căci ei au marile merite de a fi întreținut mereu vie discuția asupra lor și prin tot felul de mijloace au agitat gîndirea cercetătorilor stimulînd-o spre noi eforturi și noi căi. Celui de al doilea obiectiv însă, deși la baza sa **are principii ale fizio-patologiei generale și în special osoase,** totuși, întrucîtva i s-a nesocotit valoarea în remedierea stărilor parodontopatice, care pentru noi **ar avea cel mai mare rol.** De aceea,

în decursul desfășurării acestui capitol, îi vom da o amplă dezbatere și desfășurare, deoarece tocmai în realizarea practică a acestui obiectiv constă și **originalitatea concepției și metodei noastre operatorii.**

Pentru oprirea fenomenelor de dezorganizare și de displazie, manifestate prin supurații gingivale și osteitice ale marginilor alveolare uneori mai lente și cu simptome mai discrete, alteori însă mai brutale atît în evoluție cît și în manifestările clinice, — în decursul timpului li s-au consacrat multe preocupări prin aplicarea a nenumărate metode **chimice, fizice** și **chirurgicale.**

Se pare că existența fenomenelor supurative ca și combaterea lor a fost mult timp unica preocupare a celor care s-au consacrat studiului acestei probleme ca și asistenței ei; de aceea și metodelor folosite în vederea acestor scopuri, în decursul anilor, li s-au dat mari proporții atît teoretice cît mai ales practice.

Nu vom insista asupra lor, deoarece ele constituie deja obiectul multor tratate asupra acestui subiect. Nu insistăm și prin faptul că aportul pe care îl aduc în problema asistenței parodontopatiei esențiale este, după părerea noastră, într-atît de neînsemnat încît nu le considerăm decît doar paleative. Ne limităm numai a le menționa și a sublinia pe acelea care le folosim și noi în tratamentul pe care îl preconizăm după principiile noastre în vederea asistenței acestei maladii.

Metodele chimice constau în utilizarea unor ingrediente chimice, dezinfectante, sclerozante sau cauterizante, care se aplică local asupra gingiilor inflamate ca și în fundurile de sac, fie prin badijonaje și tamponaje, fie instilate, fie injectate în focarul supurației. Altă dată, ca și astăzi de altfel, mulți practicieni considerau și foloseau această metodă ca unicul mijloc de tratament posibil al parodontopatiilor supurative, din care motive, în vederea acestui scop, s-a creat un bogat arsenal medicamentos.

Pentru aspectele parodontopatice cu distrofie evolutivă nesupurată, adică apioreică, cu toată această complexă producție medicamentoasă însă nu se aplică nici un remediu din acest gen în afară de unele ape de gură, alifii etc. pentru redresarea morală a celui preocupat de suferința sa, ca și pentru desensibilizarea zonei dezgolite de sub coletul odontal.

Noi folosim din toată această medicație chimioterapică soluțiile de clorură de zinc 10%, tinctură de iod, soluția rivanol 2% și albastru de metilen ca singurele medicamente cu ajutorul cărora prin badijonaje și tamponaje exprimînd fundurile de sac pioreice; împreună cu gingia tumefiată dezinfectăm procesul supurativ subiacent și chiar procesul infiltrativ hiperplastic al țesutului de granulație stimulat de secreția pioreică. Aceste badijonaje ca și tamponajele nu le considerăm ca mijloc de tratament propriu-zis al supurațiilor parodontopatiei esențiale, așa cum el repre-

Scanned with OKEN Scanner

zintă terapeutica excelentă aproape a tuturor gingivitelor de cauză definită, ci le utilizăm numai ca o dezinfecție pregătitoare în vederea operațiilor care trebuie efectuate în această zonă. Atît tinctura de iod în soluție de eter iodat 5% ca și albastrul de metilen le utilizăm mai ales în parodontopatia uscată, pentru dezinfecția preparatorie cu una sau două zile înainte de operație în vederea sterilizării cîmpului operator, aceasta pe cît permite mediul bucal cu flora sa microbiană.

Agenții fizici sînt și ei foarte variați ca sursă tehnică de aplicație. Folosirea lor se face pe o scară foarte mare dar tot în formele supurative, unde ar crea iluzia că aduc o oarecare ameliorare prin reducerea inflamației gingivale ca și scăderea supurației gingivo-alveolare.

Acești agenți, începînd cu tot felul de electro- sau termo-cauterizări, raze infraroșii, solux, ultra-scurte etc., apoi masaje și pulverizări cu tot felul de medicamente, ar aduce ușoare și foarte trecătoare ameliorări și numai atît cît ele acționează în chip stimulant asupra țesuturilor gingivale; acțiunea lor este numai superficială și cum această acțiune dispare odată cu încetarea mecanismului care o determină, evident este că și rezultatele nu vor fi din cele așteptate, mai ales cunoscîndu-se și substratul distrofiei atît structural ca și patogenic.

Din acești agenți, noi folosim solux și razele infraroșii, și ultrascurte preoperator, mai ales în formele grave cu supurație abundentă și cu o osteită avansată a suportului osos al dintelui.

Deseori însă le preconizăm și post-operator, cînd ele calmează durerile, iar prin vaso-dilatația ce o determină în profunzimea țesuturilor grăbesc ameliorarea și activează fenomenele de resorbție a implantelor de « os minerale », după care urmează fenomenul mutației și al apoziției minerale.

De asemenea helioterapia maritimă la 2—3 luni de la operație aduce reale servicii în fenomenele metabolismului mineral ca și ale fixării sale în organism.

Menționăm și unele încercări terapeutice care constau în pulverizații gingivo-bucale cu soluții cu perhidrol, sau cu diverse ape minerale radioactive; sînt tatonări experimentale cărora le apreciem valoarea terapeutică numai în îngrijirile post-operatorii unde credem că ar ajuta mult evoluția fenomenelor biologice pe care urmărim să le provocăm în focarele parodontopatice.

Metodele chirurgicale sînt și ele foarte numeroase; nu le descriem căci sînt expuse în toate tratatele care se preocupă de problema distrofiilor parodontului. Menționăm numai pe cele mai des întrebuințate în practica curentă. **Chiuretajul focarelor supurative, rezecția largă a gingiilor inflamate** cu pungile pioreice respective — **gingivectomia** — prin **operația lui Gottlieb, operația Newmann-Widmann** etc. toate au drept scop numai suprimarea elementului supurativ parodontopatic, consi-

Scanned with OKEN Scanner

derînd prin aceasta că s-ar aduce o dispariție a procesului distrofic al sindromului, nesocotindu-se procesul intim fiziopatologic al acestor leziuni esențiale.

Aspectele apioreice ale maladiei însă și din acest punct de vedere rămîn în afara oricărei preocupări. Ele neavînd elementul supurativ care să solicite una din tentativele chirurgicale sînt lăsate să evolueze în voia lor.

Realizarea primului obiectiv, așa cum este el făcut, prin aceste modalități de tratament enunțate mai sus, fie chimioterapice, fie fizioterapice sau chirurgicale, nu poate aduce, după părerea noastră, decît doar o ameliorare, care așa cum o ilustrează și observațiile tuturor celor care le-au aplicat, — nu este decît foarte trecătoare. De aceea, în cadrul preocupărilor noastre, ne-am propus să găsim bazele unei noi metode, care metodă apoi experimentată și analizată prin prisma aplicării ei ani de-a rîndul, ca și prin rezultatele atît imediate cît și în timp, să ne creeze convingerea de a considera ca o contribuție concretă de rezolvare terapeutică a parodontopatiei esențiale, oricare i-ar fi aspectul anatomo-clinic, fie el apioreic sau pioreic. O singură condiție impune această metodă — evoluția disbiotrofiei să fie surprinsă în stadiul cînd conformația parodontului mai permite încă aplicarea tuturor principiilor chirurgicale și mai ales a principiului aplicării biostimulatorilor de OS-MINERALE.

Pregătirea pacientului și a cavității sale bucale în vederea operației

Pentru ca actul operator să se desfășoare în cele mai bune condiții și pentru ca eforturile noastre să fie încununate de succese, în mod obligatoriu trebuie să avem în vedere și o asistență pregătitoare, atît din punct de vedere al stării generale și psihice a celui care se va opera, precum și a stării odonto-gingivo-alveolare respective.

Pregătirea pacientului din punct de vedere psihic, constituie o problemă deosebit de importantă. Documentarea și edificarea lui asupra maladiei sale, ca și a consecințelor evoluției post-operatorii are un mare rol. El va consimți să fie operat și va suporta mult mai bine atît operația cît și evoluția post-operatorie, dacă va cunoaște consecințele la care duc evoluția maladiei și modul cum decurge operația și urmările ei. Convins fiind, el va avea un moral care va contribui în mare măsură la realizarea obiectivelor terapeutice.

Pregătirea sau asanarea cavității bucale din punct de vedere odontal, gingival și alveolar, cu cîteva zile înainte de operație, de asemenea reprezintă o grijă deosebită.

De pregătirea corectă a acesteia, va depinde desfășurarea actelor operatorii în bune condiții tehnice, ca și evoluția post-operatorie, fără accidente supurative care

Scanned with OKEN Scanner

ar întîrzia evoluția normală și ar compromite succesul rezultatelor urmărite, în această metodă operatorie, dacă ar surveni.

Actele pregătitoare sînt următoarele:

— extracția rădăcinilor ca și a dinților compromiși;

— demontarea coroanelor și a protezelor fixate pe bonturile odontale;

— depistarea și rezolvarea terapeutică a leziunilor și focarelor periapicale, ca granuloame, chisturi etc.;

— îndepărtarea tartrului dentar, atunci cînd el există;

— dezinfecția gingiei inflamate, ca și a pungilor pioreice prin diverse dezinfectante ca: rivanol, apă oxigenată, Cl_2Zn etc.;

— raze solux, infra-roșii, ultra-scurte etc.;

— tratamentul alveolitelor ca și al osteitei marginale, frecvent întîlnite în aspectele pioreice grave, prin antibiotice, băi bucale calde și revulsivante, agenți fizioterapici ca: ultra-scurte, infra-roșii sau chiar și raze Röntgen în doze superficiale și moderate.

Toate măsurile de pregătire a stării generale și morale a pacientului ca și cele prin care facem o asanare perfectă a cavității bucale, constituie realizarea unui prealabil obiectiv premergător actelor operatorii, din care considerente ele trebuie aplicate atent și judicios.

Pregătirea psihică a pacientului pe de o parte ca și a regiunii bucale respectiv a arcadelor odonto-gingivo-alveolare pe de altă parte în vederea actelor operatorii trebuie să reprezinte o deosebită preocupare pre-operatorie. **Pregătirea neuro-psihică** a pacientului parodontopat are o deosebită importanță pentru desfășurarea în bune condiții a actelor operatorii. În cîteva zile premergătoare operațiilor, pacientul trebuie bine lămurit în primul rînd asupra naturii bolii sale, a consecințelor ei grave sub diverse aspecte, precum și asupra actelor operatorii care se desfășoară fără riscuri și fără durere. Psihoterapia și tratamentul medicamentos tranchilizant și sedativ sînt de mare ajutor în desfășurarea atît a operațiilor ca și a evoluției post-operatorie. Orice manifestare de neliniște, de neîncredere față de actul operator în sine sau față de valoarea terapeutică a metodei care i se aplică, pot constitui elemente care să aducă după ele dacă nu eșecuri, unele rezultate nesatisfăcătoare.

De asemenea, de foarte mare importanță pentru desfășurarea actelor operatorii ca și pentru evoluția post-operatorie, este și preocuparea pregătirii cavității bucale.

Astfel cu 2—3 zile înainte de operație se extrag toți dinții compromiși sau resturi radiculare, provenite prin diverse distrucții dentare, ca și dinții al căror suport parodontal se află surprins într-un stadiu parodontopatic evolutiv prea avansat. Se elimină protezele cimentate pe dinții care vor fi supuși operației și pentru ca să nu

Scanned with OKEN Scanner

jeneze actul operației precum și pentru că ele tot vor trebui schimbate nu mult după operație, căci dezosarea care va surveni post-operator va impune refacerea lor. Se face detartrajul foarte meticulos, apoi zilnic odată sau de 2 ori pe zi se face dezinfecția plăgilor post-extracționale a mucoasei gingivale inflamate sau lezate ca și a pungilor pioreice atît prin lavaje dezinfectante cu soluții diluate de Rivanol, apă oxigenată etc. ca și prin badijonaje și tamponaje cu exprimarea acestor colecții pioreice cu albastru de metilen, clorură de zinc 20% sau tinctură de iod 10%.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PARODONTOPATIEI ESENȚIALE PRIN METODA OPERATORIE PERSONALĂ

Chirurgia parodontopatiei esențiale, realizată prin metoda noastră, comportă **doi timpi operatori.** Fiecare din acești timpi are drept scop să realizeze în cele mai bune condiții, chiar în focarele parodontopatice, obiectivele esențiale care stau la baza asistenței parodontopatiei esențiale. Acești timpi sînt:

primul timp sau timpul septic și

al doilea timp, timpul aseptic sau al implantărilor.

Primul timp al operației (timpul septic)

Prin actele care constituie acest timp operator căutăm să realizăm mai întîi **asanarea proceselor supurative ale focarului distrofic,** atunci cînd ele sînt, prin extirparea țesutului de granulație și **chiuretarea și avivarea conturului marginal al alveolelor odontale,** în plin proces osteitic și osteolitic.

Actele operatorii ale primului timp

1. Secțiunea proceselor gingivale interodontale

După ce avem asigurată o anestezie perfectă, **locală** pentru arcada maxilară și **loco-regională** pentru arcada mandibulară, a cărei durată să nu fie sub o oră, și după ce am dezinfectat bine cu eter iodat 5% arcada sau zona din arcadă pe care o avem de operat, cu un bisturiu cu vîrf și cu lama scurtă secționăm interodontal fiecare proces gingival (fig. 42).

Atunci cînd operăm în două ședințe, adică într-o ședință arcada alveolo-odontală maxilară și a doua ședință arcada mandibulară, secțiunea proceselor gingivale se face la toate procesele arcadei supuse operației, bineînțeles dacă întinderea leziu-

Scanned with OKEN Scanner

nilor reclamă să fie operată toată arcada. Dacă operăm numai un grup alveolo-odontal, atunci secțiunea proceselor gingivale se face numai la acest nivel depășind zona cel puțin cu un spațiu odontal, procesul gingival de o parte și de alta.

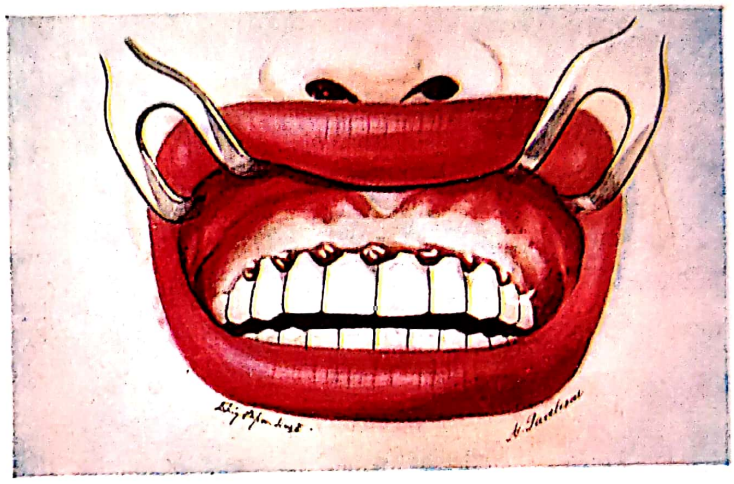


Fig. 41.— Aspecte de leziuni parodontopatice ale arcadei maxilare.

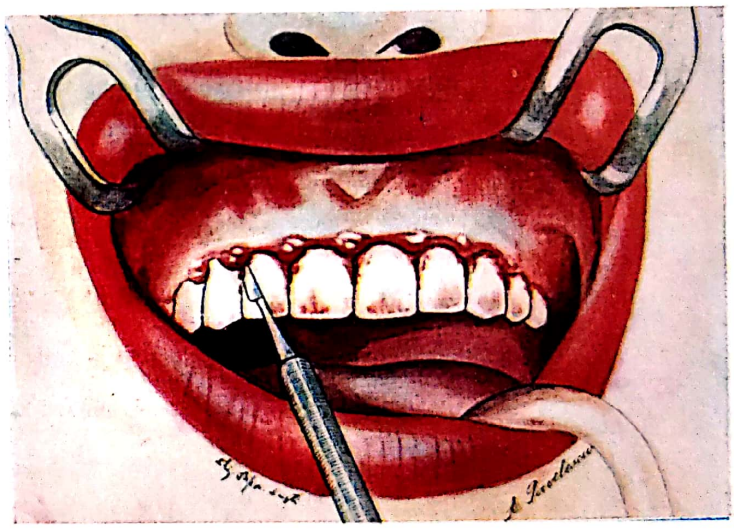


Fig. 42.— Timp septic; incizia proceselor gingivale la nivelul spațiilor interodontale.

2. Decolarea lambourilor

Cu un decolator în genul unei dăltițe, procedăm la decolarea unui **lambou vestibular** sau extern și a altuia **palatinal** sau **intern** (fig. 43).

Decolarea începe de pe linia mediană vestibular avansînd spre părțile laterale pînă la extremitatea arcadei respective, — cînd operăm toată arcada, — apoi lamboul palatinal dinspre extremități spre zona frontală iar cel lingual se creează începînd cu zona frontală a arcadei spre extremitățile ei. Aceasta este după experiența noastră

maniera cea mai mult practicată deși poate pentru alții poate n-ar avea chiar atîta importanță. Această decolare, care nu este atît de laborioasă în aspectele grav pioreice, se face cu multă delicatețe și precauție pentru a nu disloca unii din dinții deja

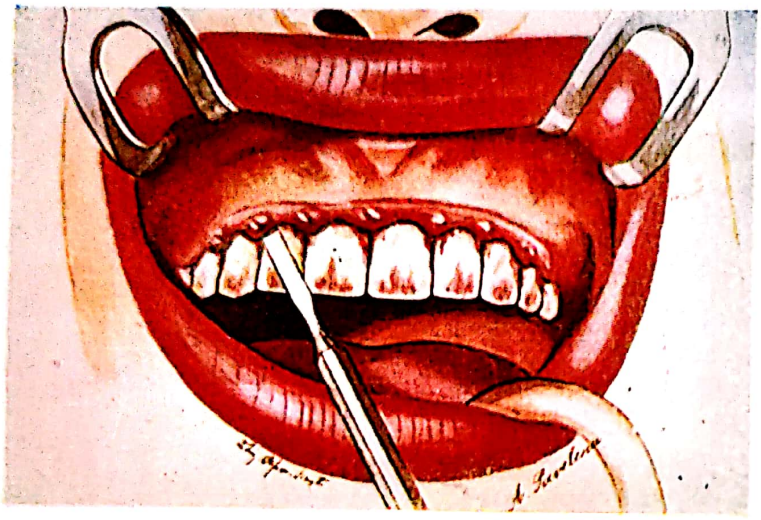


Fig. 43.— Decolarea și crearea lambourilor, atît vestibular cît și palatinal.

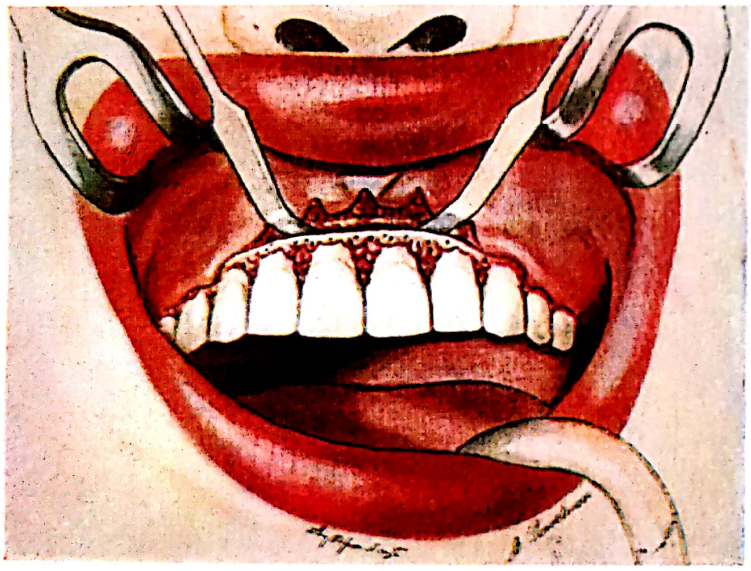


Fig. 44.— Leziunile de distrofie expuse prin îndepărtarea lamboului.

mobili prin procesul distrofic, sau pentru a nu perfora, delabra sau secționa lamboul a cărui bază nu trebuie să depășească peste marginea conturului alveolar în proces de distrofie (fig. 44).

Decolarea se face numai atît cît lamboul, prin profunzimea sau lățimea lui, permite prin îndepărtare să fie expuse vederii elementele patologice caracteristice focarului în distrofie, care va fi imediat atacat prin manevra chiuretajului sau numai a avivării conturului alveolar în osteoliză, cînd aspectul anatomo-clinic este cel apioreic. În aspectele parodontopatice nesupurative decolarea este un act foarte delicat

Scanned with OKEN Scanner

și laborios și cere multă grijă, căci mucoasa, pe lîngă că este strîns aderentă de periostul osului alveolar în involuție, este foarte subțire și friabilă tocmai din cauza vitalității ei scăzute. De aceea trebuie să se acorde multă grijă acestui act, pentru ca nu cumva delabrînd lamboul spre baza lui ar lăsa dezgolit din suprafața osului, creîndu-se astfel unele compromisuri operației, dacă nu mari, totuși regretabile.

3. Prima dezinfecție. Dezinfecția plăgii și a cîmpului care urmează să fie chiuretat

După crearea și decolarea lambourilor, cu ajutorul unor comprese special confecționate de forma unor triunghiuri mici bine îmbibate cu eter iodat 5% care tasîndu-le cu ajutorul unor spatule în fiecare spațiu, interodontal ca și sub lambourile respective (fig. 45), se face prima dezinfecție a cîmpului de operat. Aceste comprese se lasă **in situ** cam 5 pînă la 10 minute. Acest act al dezinfecției este foarte important, deoarece el realizează o dezinfecție chiar în țesuturile în plină inflamație și destrămare structurală, de aceea el trebuie să se facă cu toată atenția și meticulozitatea.

4. Extirparea țesuturilor supurative prin chiuretare. Avivarea marginii alveolare

După aceste cîteva minute se elimină compresele dezinfectante și se trece (fig. 46) la chiuretajul zonei supurative cînd procesul este pioreic, fie numai la avivarea marginii conturului alveolar în liză cînd procesul este apioreic. Cînd operăm aspectul pioreic al maladiei, utilizăm în vederea acestui scop nu chiuretele obișnuite care realizează acest act prea insuficient, ci freze dentare rotunde acționate prin bormașină. În vederea acestui act recomandăm a nu se întrebuința freze noi — care ar eroda brutal și în structura cementului odontal — ci puțin uzate. Actul chiuretării țesuturilor supurative trebuie să se efectueze **progresiv** și **sistematic.**

Se începe chiuretajul cu freze mari rotunde nr 9, 8, 7, aceasta după cum reclamă mărimea sau mai precis profunzimea pungilor pioreice, apoi se continuă cu frezele, descrescînd, din ce în ce mai mici, pînă ce am curățit complet atît suprafața profundă a lamboului mucoasei gingivale infiltrată de țesut de granulație, ca și conținutul buzunarului pioreic gingivo-odontal, care pe ici sau colo îmbracă caracterul unor leziuni crateriforme ale alveolei. Trebuie să urmărim cu freze din ce în ce mai mici infiltrația țesutului de granulație adînc în profunzimea spațiului alveolo-odontal, pînă ce avem certitudinea că am efectuat extirparea cît mai completă.

Frezajul sau curățirea focarului trebuie să urmeze o tehnică **progresivă,** adică să înceapă prin freze mari, raclînd și lamboul gingival, fața lui profundă, apoi cu freze din ce în ce mai mici se atacă conținutul și profunzimea pungilor pioreice adîncindu-se din ce în ce în masivul parodontal, urmărind infiltrația mult adînc în spațiul alveolo-odontal.

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, curățirea aceasta pentru ca să fie completă și perfect realizată, trebuie să fie făcută **sistematic,** adică să se facă de jur împrejurul fiecărui element odontal — și vestibular și palatinal ca și inter-odontal. Ea începe și se termină cu aceeași extremitate a arcadei, adică aproape toate manevrele acestui moment se

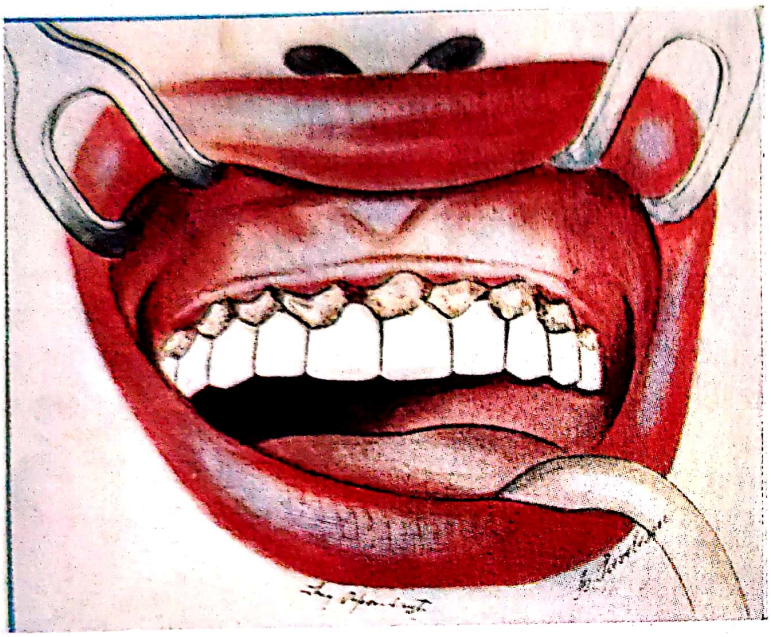


Fig. 45.— Dezinfecția cu eter iodat 5%.

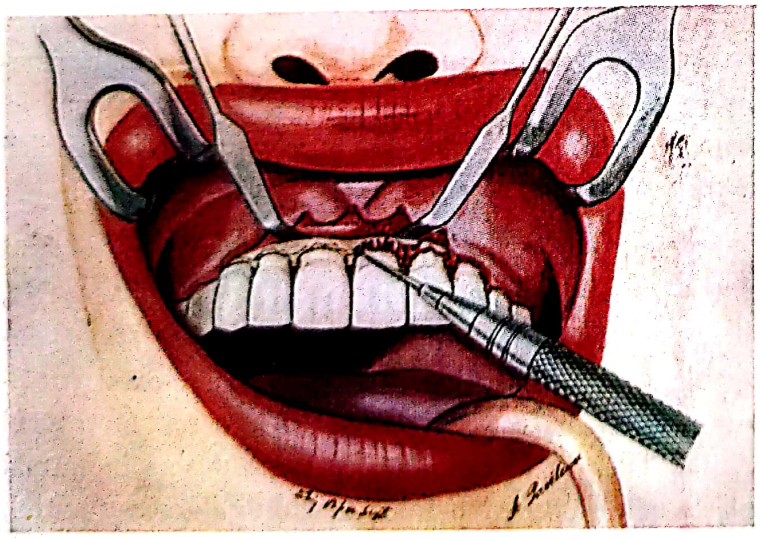


Fig. 46.— Cu freze rotunde se curăță sistematic și progresiv țesuturile distrofice.

efectuează într-un circuit închis. Chiuretajul începe de fiecare dată cu extremitatea dreaptă a arcadei atît vestibular ca și inter-odontal avansînd spre zona frontală pînă ce se ajunge la extremitatea opusă, adică stînga. Cu aceeași freză se continuă palatinal, din extremitatea stîngă spre cea dreaptă. În acest fel se procedează cu fiecare freză pînă la desăvîrșirea perfectă a acestui act.

Scanned with OKEN Scanner

Chiuretajul nu este considerat terminat decît după ce ne-am asigurat că folosind frezele cele mai mici ne-am insinuat suficient în spațiul alveolo-odontal de unde am extirpat și cele mai mici infiltrații ale țesutului de granulație în plină evoluție (fig. 47).

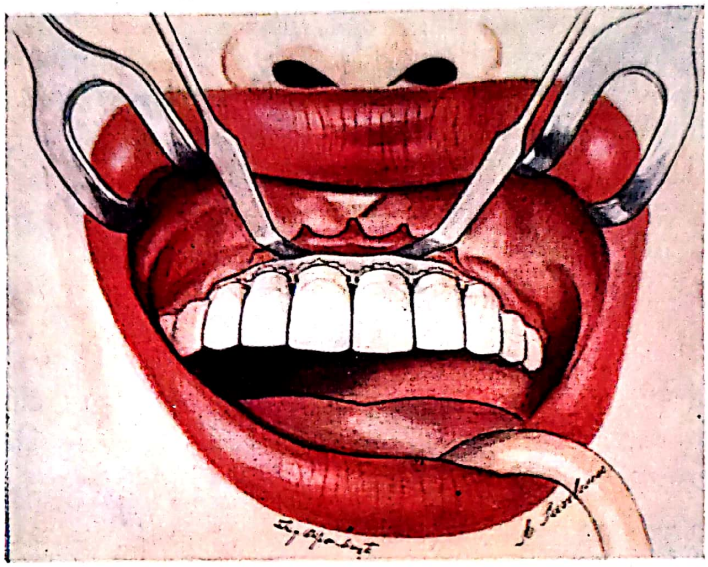


Fig. 47.— Aspectul zonei operate.

După o oarecare experiență, urmărirea infiltrației în actul chiuretării ei, ne-o conduce simțul mîinii. Freza în erodarea ei transmite perfect senzația dacă ea erodează în țesut de granulație sau în țesut sănătos. De aceea pînă la căpătarea unei astfel de experiențe este bine ca actul acesta să se desăvîrșească în ultima parte, adică în ultima frezare, chiar sub vederea ochiului celui care operează, noi îi spunem « pe văzute ». **Numai printr-o expunere bună vederii și o bună curățare a focarului** putem fi asigurați că extirparea țesuturilor patologice s-a efectuat în perfecte condiții tehnice.

Chiuretajul realizează două scopuri, ambele de aceeași importanță: **mai întîi curăță din focare tot țesutul de granulație în hiperplazie și toate distrucțiile țesuturilor care întrețin starea pioreică, apoi, prin raclarea marginii alveolare în plină osteită se practică o avivare a acestei margini de jur împrejurul elementului odontal,** pînă ce freza care activează, erodează în plin os dur și sănătos.

Procedînd după maniera aceasta operatorie — **progresivă** și **sistematică** reușim să extirpăm leziunea parodontopatică cu toate elementele ei caracteristice, fără a ne pierde în vastul cîmp operator greu de abordat uneori și dificil de lucrat mai ales din cauza sîngerării suficient de abundente.

Scanned with OKEN Scanner

Curăţirea leziunilor supurative parodontopatice pe care trebuie să le avem bine reperate pe imaginile radiografice făcute înainte de operaţie, constituie un moment foarte important al operaţiei, — de aceea **ea trebuie să se îndeplinească cu multă răbdare, perseverenţă şi conştiinciozitate. De ea depinde dispariţia completă a oricărei recrudescenţe supurative locale la un oarecare interval de timp de la operaţie.**

Ţesutul de granulaţie lăsat prin neglijenţă, grabă sau datorită vreunei imposibilităţi de operat, provocată de o sîngerare abundentă a plăgii, hipersensibilitatea şi agitaţia pacientului etc., în fundul leziunilor crateriforme sau pe faţa profundă a mucoasei, constituie deseori un oarecare grad de insucces terapeutic. În timp, el se va dezvolta suficient pentru ca să determine şi să întreţină în zona respectivă o uşoară stare pioreică la unii dintre operaţi. De aceea tocmai acestui timp i se impune **o aplicare progresivă şi sistematică foarte corect executată.**

Uneori, după curăţirea focarelor, se întîmplă ca să rămînă unele procese gingivale exagerate, prea mari, ca nişte clape, ca urmare a proceselor de tumefacţie inflamatorie, infiltraţie şi hiperplazie. Lăsate în această mărime, ele vor crea spaţii anormale post-operatorii gingivo-odontale, în care lesne ar putea pătrunde resturi alimentare care să favorizeze procese de fermentaţie; de aceea, după ce am terminat complet operaţia, înainte de a se repune şi tasa lambourile pe locul lor, este bine să ciupim cu un foarfece vîrfurile proceselor gingivale, dar numai atît cît să nu ameninţe să lase plaga operatorie şi coletul dintelui dezgolit de gingie.

În parodontopatia apioreică, adică aceea care evoluează numai cu alveoliză fără supuraţie, acest moment al operaţiei, aşa cum am menţionat mai sus, este redus numai la o simplă avivare a marginii conturului alveolar în proces de osteoliză prin frezarea acestei margini pînă ce frezele rod în os dens adică aproximativ cu o structură normală.

Frezajul trebuie să menajeze la maximum structura cementului radicular, care dacă totuşi uneori este lezat, aceasta aproape întotdeauna se repară de la sine prin reactivare reparatorie a ţesutului structurii odontale. Pentru aceste consideraţii preconizăm şi recomandăm freze uzate a căror acţiune de roadere să nu fie prea accentuată.

5. Dezinfecţia finală a plăgii operate

După ce ne-am asigurat că am extirpat şi îndepărtat elementele supurative în mod perfect, în scopul unei **dezinfecţii finale,** care să completeze sterilizarea focarului operat, făcută prin frezarea ţesuturilor supurative, burăm (fig. 48) suprafaţa astfel operată, introducînd interodontal şi sub lambourile create prin decolare, compresele descrise mai sus îmbibate cu eter iodat 5%. Curăţim apoi cavitatea bucală de eventualele coagule amestecate cu resturi de ţesuturi, salivă ca şi cu soluţia dezinfec-

Scanned with OKEN Scanner

tantă, — după care considerăm primul timp al operației terminat. În modul acesta socotim că am realizat primul obiectiv prin faptul că am atacat septicitatea focarului parodontopatic, l-am curățit și l-am pregătit în vederea realizării obiectivului prin timpul următor, pentru executarea căruia se impune o asepsie **desăvîrșită** atît a cîmpului pe care se operează cît și a mijloacelor cu care se desăvîrșește acest timp operator.

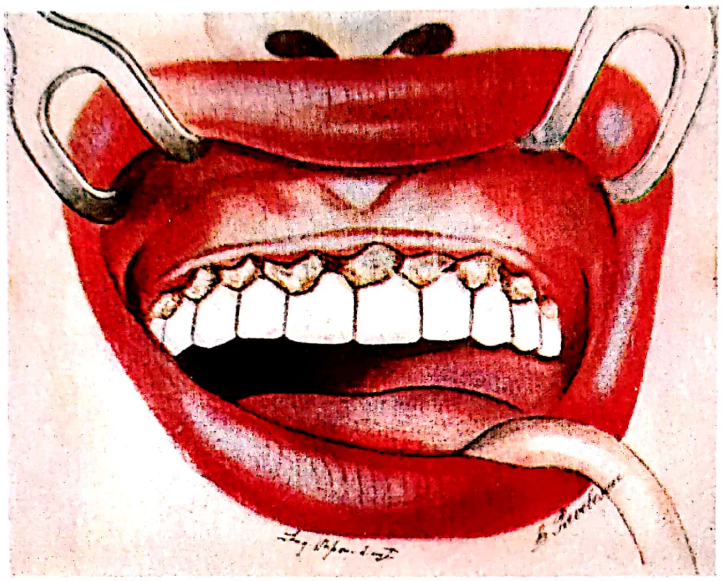


Fig. 48.— Dezinfecția finală a zonei operate.

Timpul doi al operației (timpul aseptic)

Principiul chirurgical al împănării cu omo-implante de „os minerale"

Prin acest timp urmărim, ca după ce am îndepărtat toate elementele supurative și am avivat marginile contururilor osoase, să determinăm la nivelul alveolelor odontale în destrămare structurală, fenomene de **mutație, apoziție** și **recondensare** a pereților alveolari în **sensul creării unui calus alveolar,** consolidînd în acest mod suportul static și funcțional al sistemului odontal.

După desăvîrșirea primului timp, se spală și se curăță cavitatea bucală de toate cheagurile și resturile de țesuturi produse de operație. Se îndepărtează cîmpurile de operație ca și instrumentarul folosit, apoi se completează anestezia cînd este cazul.

Se face dezinfecția mîinilor după care se trece mai departe, în mod aseptic cu un instrumentar steril la momentul împănării septelor inter-alveolare cu homo-

Scanned with OKEN Scanner

implante de «os minerale» — preparate sub forma unor fragmente speciale și într-un mod adecvat acestui scop.

1. Pregătirea momentului împănării

După așezarea cîmpurilor sterile ca și aranjarea instrumentarului steril format din freze rotunde nr. 5 și 4, o dăltiță decolator, un instrument de presat implantul

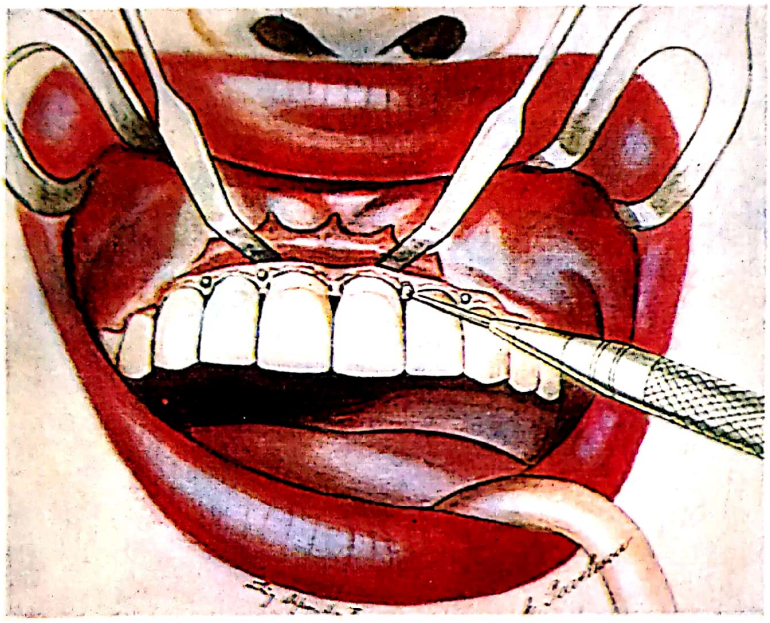


Fig. 49.— Timp aseptic. Forarea conductelor pentru implante.

în conduct, pense dentare, depărtătoare, un recipient cu implante ținute într-o soluție concentrată cu antibiotice dizolvate în ser fiziologic etc., sînt îndepărtate compresele **dezinfecției finale** îmbibate cu eter iodat 5% din focarele operate.

2. Expunerea prin ecartare a locului de forare și împănare

Cu un decolator special de forma unui picior de căprioară sau cu o spatulă în unghi se menține ecartat lamboul vestibular în dreptul fiecărui sept inter-alveolar. Trebuie să se evite decolările prea mari care prin denudare inutilă expun osul alveolar la mortificări osoase secundare atît de regretabile, deoarece o astfel de denudare ar crea postoperator o stare supurativă locală pînă la eliminarea sechestrului, cu multe neplăceri. Ecartajul acestui decolator trebuie să fie suficient pentru ca să expună vederii noastre extremitatea septului interalveolar chiuretat sau avivat.

Scanned with OKEN Scanner

3. Forajul conductului

Menținîndu-se astfel îndepărtat lamboul cu ajutorul acestui decolator, în dreptul tuturor septelor osoase interalveolare, care **sînt accesibile acestei manevre și a căror grosime permit acest act,** cu o freză nouă rotundă nr. 5 sau acționată printr-o turație redusă (altfel ea încălzește și arde țesutul osos degradîndu-i vitalitatea), avînd o direcție din afară înăuntru și îndreptată cît mai mult în axul septului respectiv, se forează un conduct în grosimea septului respectiv (fig. 49).

4. Momentul împănării implantelor de „os minerale"

Cu toate precauțiile de asepsie luate, cu ajutorul unei pense, se ia din recipientul pregătit cu implante depuse și ținute în ser fiziologic cu concentrație în antibiotice, un omo-implant « os minerale » care se introduce în conductul forat, pe care apoi cu un tasor special pregătit acestui scop, îl presăm puternic pînă ce masa lui fărîmițată în praf a obturat complet cavitatea conductului respectiv (fig. 50, 51, 52).

Acest implant, prin fenomenele pe care le provoacă, va avea menirea să determine în edificiul osos al parodontului aflat în proces de rarefacție, prin deplasarea elementului mineral din structura sa, un **fenomen invers celui patologic,** adică de activare biologică și de recondensare sau de remineralizare a suportului osos al odontului, creînd la acest nivel un fel de **calus osos** peri-odontal după care, urmarea fenomenelor de mutație și apoziție minerală, se va reduce și spațiul crateriform alveolo-odontal ca și mobilitatea elementelor odontale respective.

5. Toaleta cîmpului operat și lavajul cu soluție concentrată din penicilină a suprafeței operate *

După ce se efectuează această împănare a septurilor, se tamponează suprafața operată cu soluție fiziologică Ringer-Locke iar după ce s-au îndepărtat toate resturile de țesuturi ca și cheagurile sanguine eventuale care s-ar mai găsi în plaga operatorie, se spală toată suprafața plăgii cu o soluție de penicilină în concentrație mare, care are scopul să prevină și să combată eventuala infiltrare la acest nivel a elementelor piogene din flora microbiană bucală.

6. Repunerea lambourilor la locul lor

Odată terminate toate manevrele operației ca și toaleta plăgii spălate cu penicilină se repun lambourile la loc, **fără nici o sutură ci numai compresîndu-le bine pe suprafața operată,** iar procesele gingivale se tasează cu multă grijă la locul lor inter-odontal (fig. 53).

* Trebuie să avem în vedere susceptibilitatea pacientului la eventuale fenomene anafilactice la antibiotice.

Scanned with OKEN Scanner

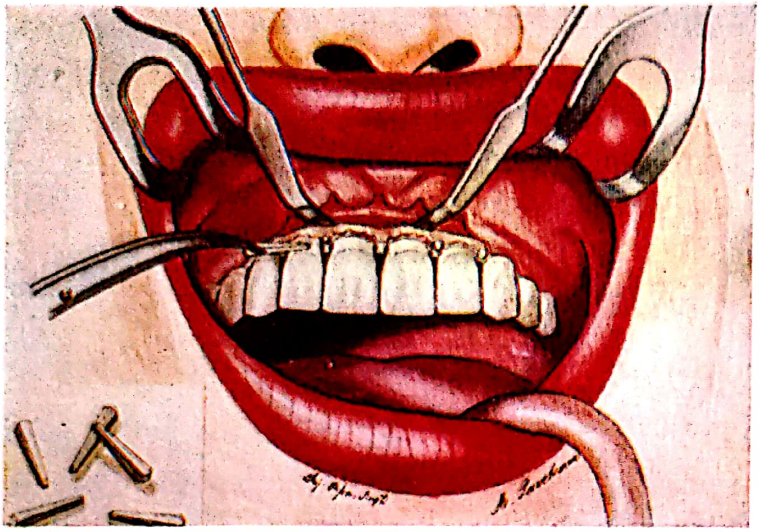


Fig. 50.— Introducerea implantelor de **os minerale.**

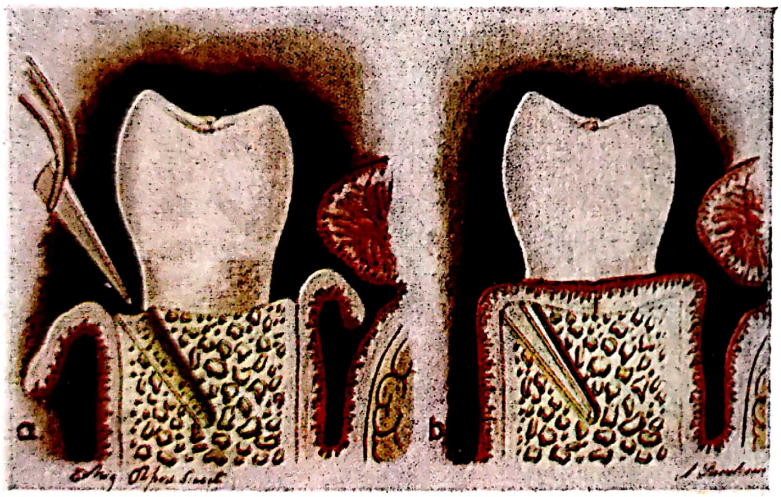


Fig. 51.— Actul introducerii implantelor (maniera corectă).

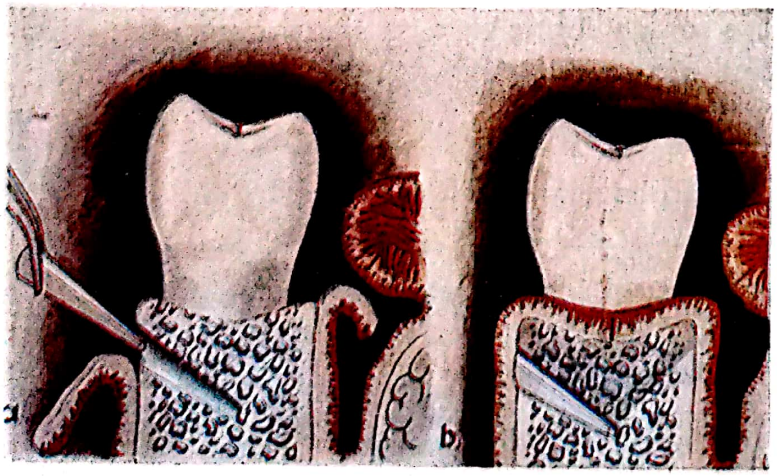


Fig. 52.— Actul implantării (maniera necorectă)

Scanned with OKEN Scanner

În cazurile de parodontopatie esențială generalizată adică cînd distrofia interesează ambele arcade alveolare, idealul ar fi să fie operate într-o singură ședință. Însă prin faptul că fiecare operație a unei arcade necesită aproximativ 45 de minute pînă la 1 oră și pentru a nu fi prea chinuitoare și obositoare pentru cel supus operației, după multe și diverse încercări operatorii, am ajuns la concluzia că cel mai bine este

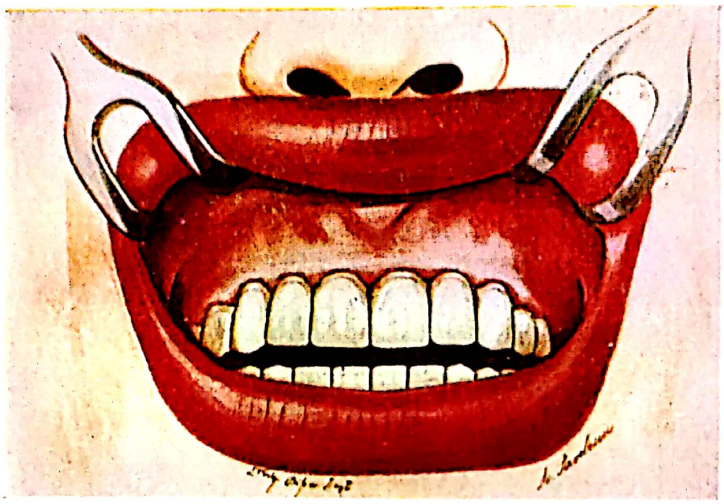


Fig. 53.— Aspectul final al arcadei operate.

să le operăm numai în două ședințe. Adică în prima ședință se operează arcada maxilară apoi la un interval de 3—4 zile arcada mandibulară. Nu operăm invers pentru că dacă este operată mai întîi arcada mandibulară cînd vom opera pe cea maxilară implicit și fără să vrem să ne sprijinim cît de cît pe cea inferioară sau în timpul manevrelor operatorii, o atingem, din care cauză provocăm pacientului dureri inutile și inevitabile. Am încercat să operăm cu diverse intervale pînă la 2—3 săptămîni între operații. După multe observații am ajuns la concluzia că cel mai bun interval este cel de 3—4 zile, maximum o săptămînă, deoarece în felul acesta scurtăm starea de tensiune provocată de grijile și emoțiile operației pe de o parte, iar pe de altă parte, facem ca plăgile operatorii să evolueze postoperator concomitent, încît în acest fel reducem la maximum epoca de vindecare operatorie și de convalescență post-operatorie.

Evoluția plăgii operatorii în primele zile și îngrijirile postoperatorii imediate

Nu este o regulă absolută în materie de evoluție postoperatorie a plăgii și cîmpului operat în parodontopatia esențială.

Scanned with OKEN Scanner

Ilustrarea operației și în arcada mandibulară (fig. 54 — 65)

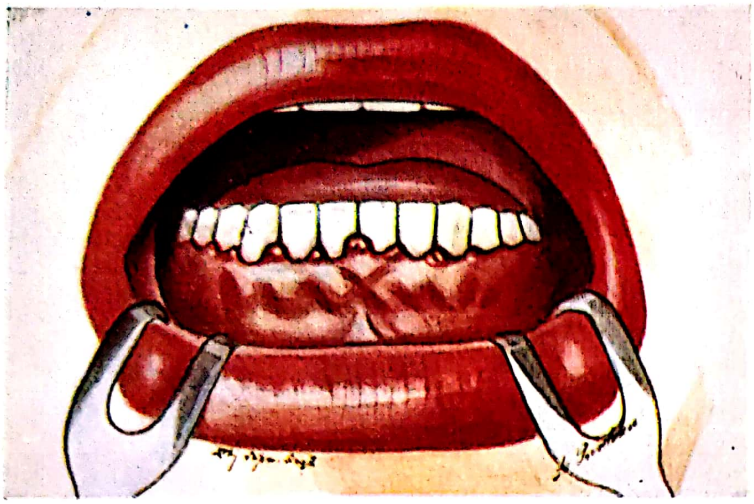


Fig. 54. — Aspectul parodontopatic al arcadei mandibulare.

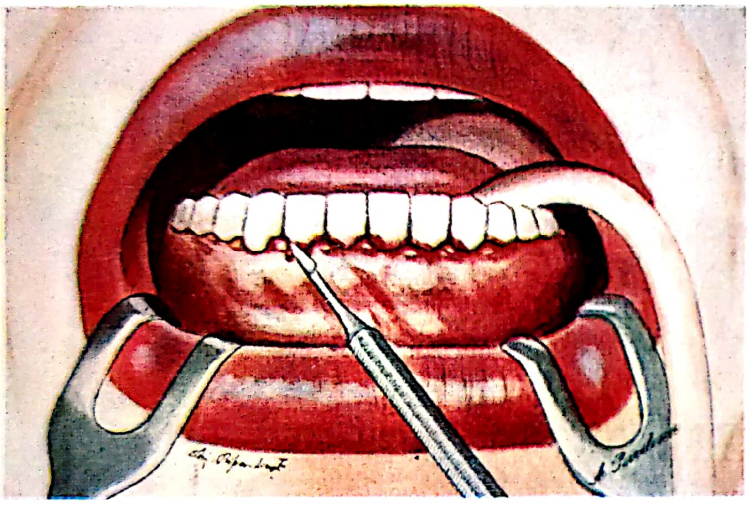


Fig. 55. — Timp septic. Incizia proceselor gingivale.

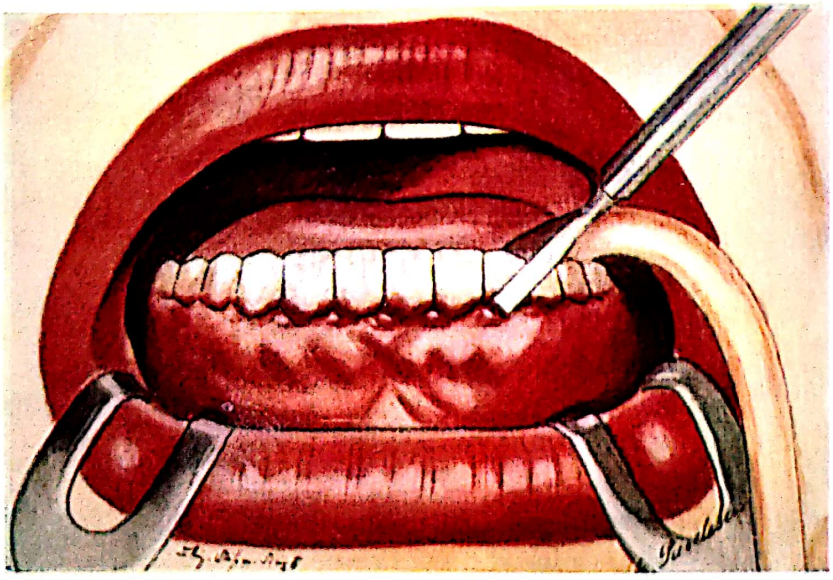


Fig. 56. — Decolarea lamboului vestibular și lingual.

Scanned with OKEN Scanner

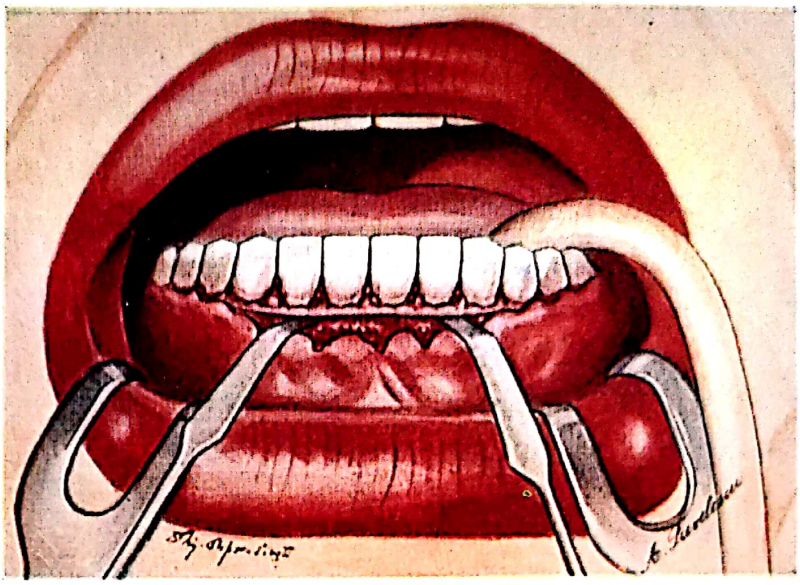


Fig. 57.— Îndepărtarea lambourilor pentru a expune focarele distrofice.

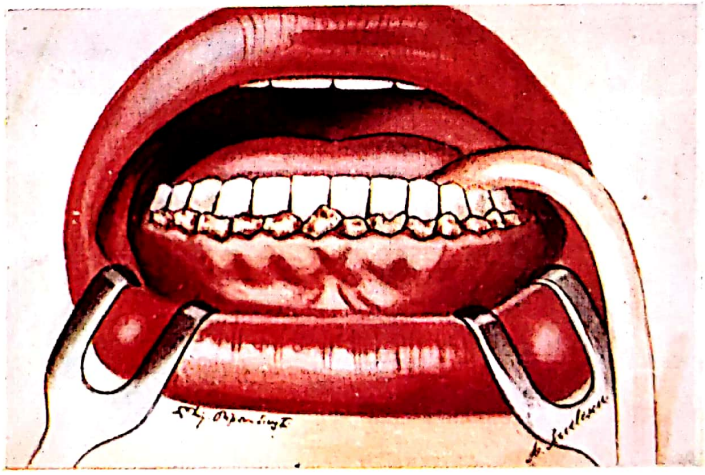


Fig. 58.— Dezinfecția cîmpului operat.

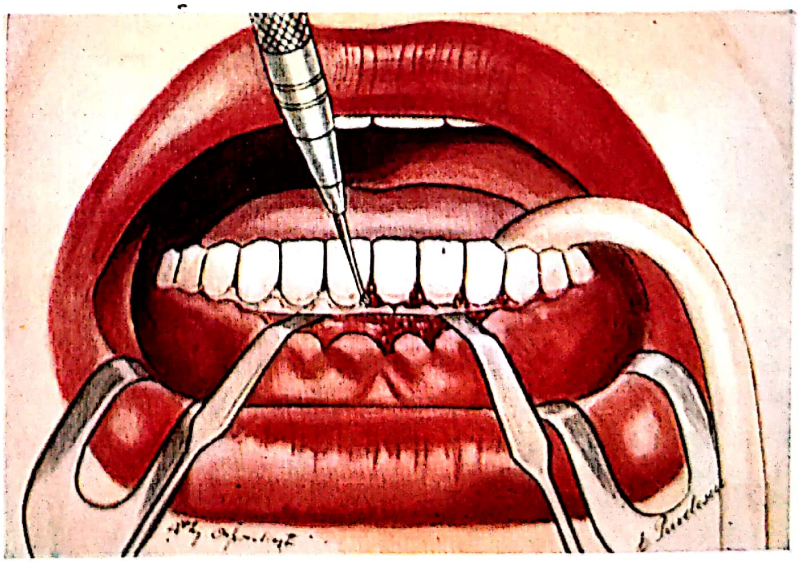


Fig. 59.— Țesuturile bolnave sînt raclate metodic.

Scanned with OKEN Scanner

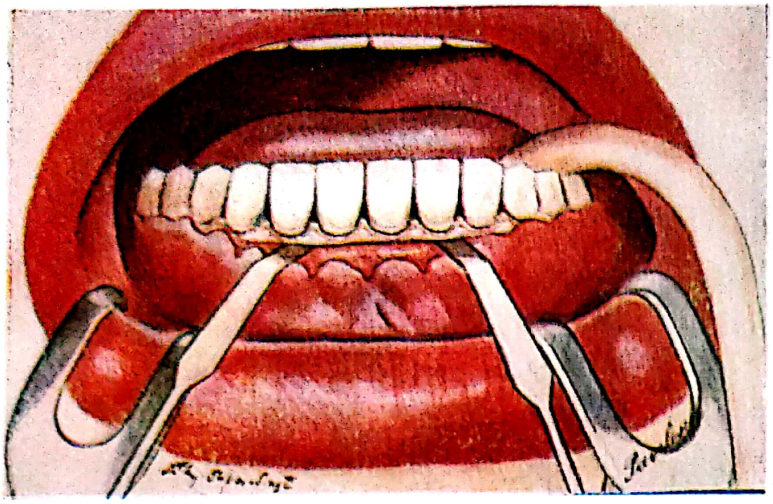


Fig. 60.— Cîmpul după curățirea țesuturilor bolnave.

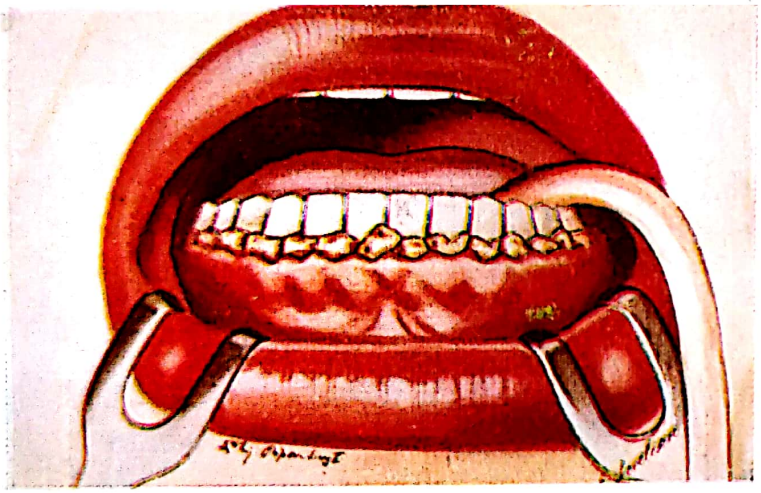


Fig. 61.— Dezinfecția finală.

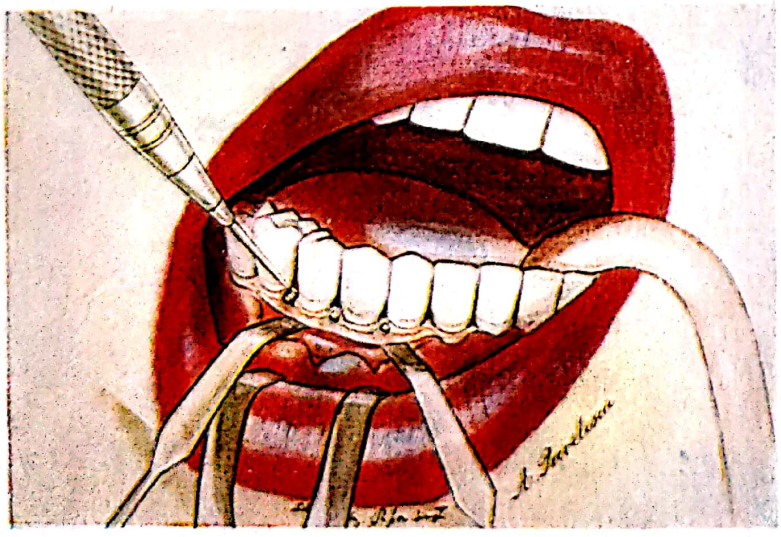


Fig. 62.— Timpul aseptic. Forarea conductelor pentru introducerea implantelor.

Scanned with OKEN Scanner

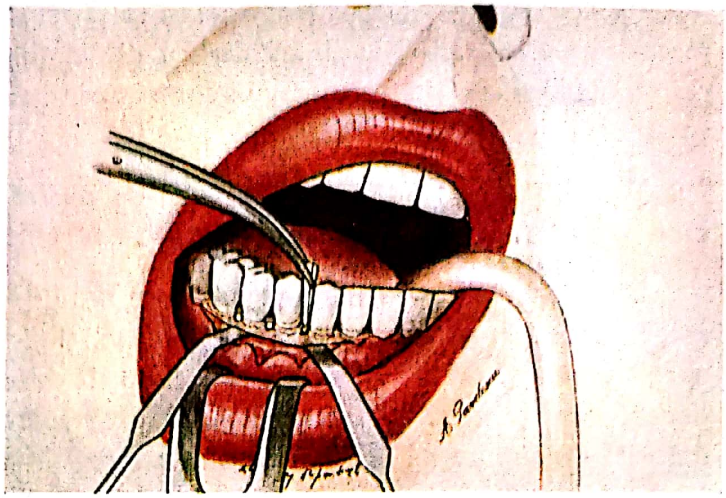


Fig. 63. — Introducerea implantelor.

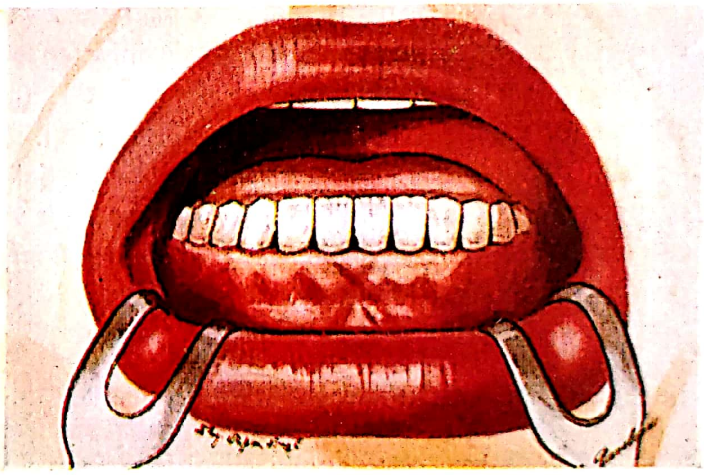


Fig. 64.— Arcada operată.

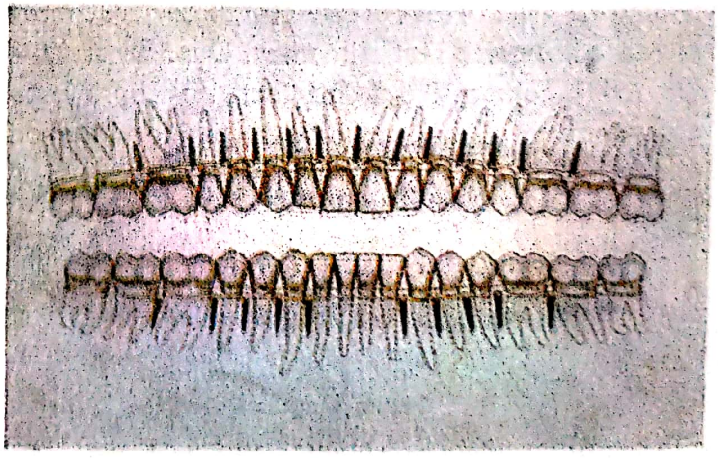


Fig. 65.— Schema arcadelor cu implantele introduse.

Scanned with OKEN Scanner

Fiecare organism, prin constituția sa ca și prin factorul care a dus la declanșarea mecanismului de apariție și instalare a disfuncțiilor ca și a proceselor distrofice, prin modul de reacție față de actul complex al operației, are o evoluție post-operatorie proprie.

Totuși, după un număr considerabil de operații se pot trage anumite concluzii care permit și unele considerații foarte importante asupra acestei probleme.

După operațiile efectuate la intervale de 3—4 zile una de cealaltă, atunci cînd ambele arcade sînt operate în două ședințe, ținem operatul în supraveghere zi de zi aproximativ 3 săptămîni. Adică atîta timp cît durează faza de vindecare operatorie, deoarece în acest timp totuși ar mai putea apare uneori vreun focar supurativ datorită fie supurației unui hematom mic ce s-a format imediat după operație sub lamboul decolat, fie unei infiltrații microbiene sub una sau unele din papilele interodontale — precum și alte accidente care ar surveni pe neașteptate în această epocă.

Imediat după operație, adică în primele 7—8 zile, cel operat își spală de 6—8 ori pe zi cavitatea bucală cu soluții dezinfectante cît se poate suporta de calde. De asemenea, se recomandă ceaiuri de mușețel (romaniță). Aceste ceaiuri, prin căldura lor ca și prin proprietățile mușețelului, sînt oarecum revulsive și calmante, iar prin căldura lor provoacă activarea circulației în mucoasa traumatizată de actul operator, după care urmează și o accentuare a vitalității ca și a troficității ei, ceea ce favorizează mult la grăbirea activității de sudare a proceselor gingivale secționate prin actul operației.

Pe măsură ce trec zilele, aceste ceaiuri-lavaje se folosesc mai rar, dar nu se neglijează, în special lavajele după orice fel de alimentație.

În același timp, zilnic, iar atunci cînd natura leziunilor ar reclama-o, și de două ori pe zi, le administrăm lavaje dezinfectante calde sub presiune, în toată cavitatea bucală și mai ales în zona operată cu insistență asupra spațiilor inter-odontale, eliminînd cu grijă orice rest de coagul de țesut mortificat în proces de necroză și fermentare sau orice rest alimentar. După aceste 7—8 zile, după fiecare lavaj începem tamponaje compresive și dezinfectante asupra fostelor lambouri gingivale, accentuînd această manevră mai ales asupra spațiilor inter-odontale — adică asupra proceselor gingivale care nu mai sînt tumefiate și încep să-și recapete aspectul și conformația structurală aproape de cea normală.

Tamponajele le facem folosind o soluție de clorură de zinc cu corectivul ei, după formula:

Clorură de zinc	20 g
Oleum menthae	1,5 g
Apă distilată	100 ml

Scanned with OKEN Scanner

Folosim clorura de zinc, deoarece prin proprietățile ei astringente, dezinfectante și sclerozante grăbește procesul de cicatrizare a mucoasei gingivale lezate atît prin procesul inflamator specific maladiei cît mai ales prin actul operației.

Manevra tamponării compresive dezinfectante se completează cu un ușor badijonaj al mucoasei zonelor corespunzătoare locului de implîntare, atunci cînd aceste zone sînt congestionate și tumefiate cu o soluție alcoolică slabă de tinctură de iod, pentru a provoca în acest mod o derivație a fenomenelor congestive apărute în profunzimea țesuturilor spre a preveni pe cît posibil apariția vreunei mici colecții supurative care ar complica întrucîtva la acest nivel evoluția post-operatorie.

Concomitent cu acestea, prescriem operatului o igienă bucală severă. Astfel, el începe după 7—8 zile să-și facă periajul obișnuit al dinților și al mucoasei bucale dimineața și seara, folosind o periuță de dinți obișnuită cu una din pastele obișnuite în igiena buco-odontală, după care se spală bine în gură, atît după aceste periaje cît și după fiecare masă cu o soluție diluată din următoarea apă de gură a cărei compoziție este următoarea:

T-ra **Rathania**	60 g
T-ra **Anisi**	5 g
Clorură de zinc sol. 20%	80 ml
Oleum menthae	6 ml
Salol, Perhidrol aa	8 ml
Alcool rectificat	250 ml

D.S. O linguriță în 1/2 pahar cu apă călduță pentru clătirea gurii.

Odată cu această terapeutică așa-zisă superficială, uneori mai administrăm, după cum ar impune cazul, și antibiotice. Astfel, dacă aspectul anatomo-clinic al maladiei era supurativ — cu osteită întinsă și profundă, cu țesut de granulație abundent care a infiltrat atît spațiul alveoloodontal ca și structura spongioasă a pereților alveolari, — atunci preconizăm completarea tratamentului cu antibiotice administrate timp de 4—5 zile.

Totodată, mai ales în cazurile supurative grave, preconizăm aplicațiile unor agenți fizici, ca razele ultrascurte, infra-roșii, care prin acțiunea lor profundă, pe lîngă că aduc o diminuare evidentă în intensitatea durerilor post-operatorii, favorizează și o accelerare a fenomenelor profunde de activare a circulației prin care se va grăbi asimilația resorbtivă a implantului și apoi a fenomenelor de mutație minerală în structura traveelor pereților alveolari. 10 pînă la 20 ședințe cu durată de iradiere crescîndă, de la 10 la 20 de minute, cîte una sau două pe zi, aduc reale servicii în îngrijirea post-operatorie a parodontopaticilor.

Alimentația în primele zile este ceva mai anevoioasă tocmai prin faptul că operația interesează chiar regiunea al cărui rol funcțional pentru economia organică constă în actul alimentației.

Scanned with OKEN Scanner

Totuși, o alimentație hidrică și semi-lichidă bogată în principii nutritive asigură satisfacerea exigențelor în această direcție ale celui operat. Într-adevăr, cei operați scad puțin ponderal, însă după trecerea celor 3—4 luni de convalescență post-operatorie, se refac foarte repede.

Toate aceste preocupări în îngrijirea celui operat se referă la epoca imediat post-operatorie, cam pînă la aproximativ 3—4 săptămîni. După acest interval, pacientul intră în stadiul convalescenței propriu-zise, cînd trebuie să-l vedem săptămînal sau bilunar, timp de aproximativ 90—120 zile. Această supraveghere este suficientă pentru a-i urmări modul cum evoluează zona operată, cum dinții încep să-și recapete fixitatea și modul cum operatul își îndeplinește igiena bucală ca și alimentația sa.

Evoluția în primele 2-3 săptămîni și accidentele post-operatorii

Operația de parodontopatie esențială evoluează ca orice plagă operatorie efectuată în cavitatea bucală. La început o ușoară tumefacție a țesuturilor moi perimaxilare ca și a mucoasei gingivale, care după 5—6 zile totul intră în ordine, fiind vorba de edemul inerent oricărei operații de care nu trebuie să ne îngrijorăm; aplicația unor prișnițe reci în regiunea bucală tumefiată împiedică exagerarea edemului operator și grăbește retrocedarea lui.

Cînd însă se operează în cavitatea bucală, trebuie să nu se uite că această cavitate, oricît am îngriji-o, este foarte septică. De aceea, cînd operăm aci, pe lîngă dezinfecția bucală riguros efectuată preoperator, trebuie să veghem la aplicarea unei **tehnici operatorii aseptice cu desăvîrșire.** E greu să ne ferim în timpul operației de septicitatea bucală pentru a nu contamina plaga operatorie, însă putem preveni suprainfectarea din afară prin dezinfecție și sterilizare. Nesocotind aceste măsuri, adică folosind în mod neglijent instrumentar impropriu ca și materiale nesterilizate corect, se creează implicit apariția imediată sau mai tardivă a accidentelor post-operatorii de ordin supurativ, îndeajuns de neplăcute și pentru operat ca și pentru noi operatorii.

Față de septicitatea florei sale microbiene cavitatea bucală prin structura țesuturilor sale, ca și prin bogăția elementelor limfocitare, prezintă o oarecare imunitate. De aceea, în marea lor majoritate pătrunderea unor eventuale bacterii în plaga operatorie este repede anihilată prin fenomenul de apărare locală.

Numai cînd unele organisme își au cu totul diminuat efortul de auto-apărare față de nocivitatea microbilor care conviețuiesc obișnuit în cavitățile lor naturale, septicitatea florei bucale infiltrată în plagă va determina procese septice mai discrete și trecătoare sau mai grave care duc pînă la mici colectări purulente.

Scanned with OKEN Scanner

Totuși, dacă **primul timp** al operației e greu de efectuat în stricte condiții de asepsie și antisepsie, **timpul al doilea însă prin faptul că el constă în actul împănării cu implante osoase a septurilor inter-alveolare și cum transplantele impun pentru ca să-și urmeze cursul rezorbției lor o asepsie desăvîrșită,** trebuie să se efectueze în cele mai severe măsuri de asepsie. Introducerea unor elemente microbiene în zona de implîntare, fie ea și din flora bucală, se poate creea insuccesul operator al zonei respective, căci, mai aproape sau mai departe de la o operație, se va instala în focarul de implîntare un proces septic care va duce prin creearea unui abces local chiar la expulzarea masei implantate în conductul respectiv.

De aceea, acest timp constituie momentul cel mai emoționant al operatorului, căci de el depinde într-o mare măsură succesul acestei operații.

Orice accident supurativ care apare după operație ca și eventuala eliminare a vreunui implant, trădează că operația nu a fost executată în cele mai desăvîrșite condiții de antisepsie și mai ales de asepsie.

În principiu, așa cum am mai menționat, dacă nu survin unele accidente mai evidente de ordin senzitiv, hemoragic și în special supurativ — operația parodontopatiei esențiale evoluează așa cum evoluează orice plagă operatorie bucală. După 8—10 zile totul intră aproape în normal, numai jena alimentației și la unii poate și a vorbirii se mai menține un oarecare timp.

Evoluția postoperatorie însă nu este ferită și de unele accidente care dacă altă dată, înainte de epoca sulfamidelor și antibioticelor, erau mai frecvente decît astăzi, totuși ele pot apare din cînd în cînd fiind în strînsă corelație cu natura leziunilor parodontopatice și mai ales cu stadiul în care a fost surprinsă evoluția lor. Astfel de accidente sînt manifestate prin **durerile post-operatorii, hemoragii imediate sau secundare și unele supurații.**

Durerile post-operatorii, la unii operați, sînt minime, aproape inexistente; la alții însă, după natura lor, constituțională și mai ales nervoasă, sînt foarte vii, profunde, acute și uneori plictisitor de îndelungate; sînt durerile traumatismelor operatorii ale oaselor în general.

Unele dintre aceste accidente sînt combătute prin orice fel de sedativ, altele însă prin intensitatea și durata lor impun o deosebită preocupare. Pe acestea din urmă le calmăm într-o oarecare măsură prin lavaje fierbinți, abundente și repetate, și mai ales prin aplicații de raze ultra-scurte sau infraroșii una și chiar cîteva ședințe pe zi, după care durerile scad treptat pînă ce dispar.

Hemoragiile imediate și secundare: hemoragiile imediate, vorbind nu de micile sîngerări inerente oricărei plăgi bucale, ci de sîngerările cantitative fără tendință de diminuare sau oprire, sînt eventualități îndeajuns de rare. Ele sînt în genere datorate

unei predispoziții organice la hemoragii și în special unei perturbări a timpului de coagulare și sîngerare. Ele apar de obicei la una sau mai multe ore după operație și nu prezintă nici o tendință de diminuare, producînd celui operat o stare gravă de spaimă.

Pentru oprirea acestor hemoragii, din care în intervalul de observație a peste 25 de ani au fost de circa 23—25, am procedat astfel: se desface cu delicatețe lamboul în dreptul zonei hemoragice pentru a pune în evidență locul de sîngerare; indiferent că el izvora din masa țesutului osos sau muco-periostic, sau dintr-un vas mai mare din sub-mucoasă, **îi aplicăm un tampon aseptic din vată îmbibat în oleu de terebentină** pe care compresîndu-l bine îl lăsăm cîteva ore, după care, eliminîndu-l, hemoragia nu mai apare. Pe locul unde a fost tamponul compresiv, după eliminarea acestuia, compresăm lamboul gingival pe suprafața osoasă, dezinfectăm locul printr-un lavaj dezinfectant după care operația își urmează evoluția obișnuită. În același timp, administrăm operatului și cîteva injecții cu unul din preparatele hemostatice care se folosesc în practica curentă.

Hemoragiile secundare sînt accidente foarte rare și sînt deseori în legătură și cu suprafața unor plăgi de extracție făcute înainte sau în timpul operației, suprafețe care nu au putut fi acoperite complet cu lambourile gingivale. Ele apar de obicei a doua sau a treia zi de la operație. Tratamentul acestora l-am făcut după metoda de mai sus cu succese desăvîrșite.

Accidente supurative deși nu prea frecvente, survin în această epocă numai în legătură cu nerespectarea unei tehnici desăvîrșite în executarea operației din punct de vedere ale asepsiei și antisepsiei, cînd prin introducerea microbilor în plaga operatorie se creează supurații așa-zise chirurgicale. Alteori, sînt datorate infiltrației florei bucale în plaga operatorie. Flora cavității bucale fiind abundentă, cu toate măsurile de igienă ce se vor lua, atunci cînd vitalitatea organică și efortul de autoapărare sînt scăzute așa cum de obicei se prezintă terenul organic al parodontopatiilor, se insinuează pe sub marginile lambourilor în focarul operat unde găsind un coagul, își găsește imediat mediul de cultură prielnic în care dezvoltîndu-se va da loc unui proces supurativ. Supurațiile se manifestă la cîteva zile după operație sub forma unei congestii situate de obicei la nivelul papilei inter-odontale spre baza lamboului. Aspectul acesta congestiv uneori dispare în una sau două zile după numai cîteva lavaje dezinfectante fierbinți și tamponări compresive și exprimante asupra zonei în cauză cu o soluție diluată de tinctură de iod. Alteori însă, cu toate aceste măsuri, ele evoluează spre o colecție mai mare, creînd la acest nivel o proeminență cu tendință de fistulizare. În asemenea cazuri, prin introducerea unei sonde printre marginile secțiunii gingivale inter-odontale se merge pe sub lambou pînă ce se deschide pe aici colecția din care se dă loc unei scurgeri supurative purulentă-sanguinolentă. Printr-o tamponare compresivă se videază apoi colecția după care se face

Scanned with OKEN Scanner

dezinfecția obișnuită. Această manevră este suficientă o singură dată pentru a intra totul în ordine, alteori dacă este cazul se mai poate repeta o dată sau de două ori, după care, operatul evoluează în mod obișnuit. Rareori, prin evoluția rapidă a procesului supurativ, colecția se ombilichează impunînd perforarea ei cu un vîrf de bisturiu, după vidarea căreia persistă la nivelul inciziei o fistulă care prin măsurile de dezinfecție și igienă bucală dispare după cîteva zile.

În asemenea cazuri, dacă altă dată procedam așa, azi în epoca antibioticelor preconizăm 2—3 injecții cu penicilină în soluție concentrată, care face ca orice tendință de supurație să dispară imediat. Totodată fiind vorba de un teren organic susceptibil proceselor maladive îl ajutăm în efortul său, stimulîndu-l cu cîteva injecții cu vitamina C simplă sau combinată și cu alte vitamine.

Înainte vreme, această complicație postoperatorie, cu toate precauțiile și măsurile de asepsie și antisepsie luate, ne dădea mai mult de lucru, ea fiind și mai frecventă. Azi, prin lavajele plăgii cu soluții concentrate de antibiotice ca și eventual prin cîteva injecții după operație, ele sînt foarte rare dar din cînd în cînd mai apar.

Evoluția în stadiul de convalescență
(accidentele tardive)

După ce operatul depășește epoca ce urmează actului operator și care în principiu ține cam 3—4 săptămîni, deși pînă aici a evoluat bine sau cu unele mici complicații trecătoare, prezentîndu-ne și o stare satisfăcătoare, totuși nu trebuie considerat că el s-ar găsi înafara altor accidente. De aceea, timp de încă aproximativ 3 luni trebuie să fie ținut sub controlul nostru săptămînal sau bilunar.

Epoca aceasta este epoca de convalescență propriu-zisă post-operatorie, este epoca cînd, urmare a actului operator apar la nivelul alveolelor operate o serie de fenomene fiziologice și structurale deosebit de importante pentru definirea reconsolidării suportului paradentar.

Accidentele care pot surveni în această epocă, în afară de unele **nevralgii** care însă persistă mult după operație, sînt unele de ordin **supurativ,** iar altele de ordin **fiziologic** și **structural** foarte importante, care trebuie cunoscute și subliniate cu toată minuțiozitatea posibilă.

a) Nevralgiile după operația pentru parodontopatie esențială

Odată operația terminată, la nivelul arcadei odontale operate se remarcă o dezgolire odontală mai accentuată față de cea pre-operatorie. Această desosare sau

Scanned with OKEN Scanner

dezgolire mai pronunțată este în raport direct cu leziunile supurative, osteitice și osteolitice, care au fost curățate și eliminate din focarul distrofic, după care lambourile mucoasei așezate și tasate pe suprafața osului alveolar astfel curățat, deși nimic nu s-a rezecat din ele, fatal denudează din segmentul radicular al dintelui sau dinților respectivi.

Denudarea post-operatorie este **mai pronunțată** în formele supurative cu pungi pioreice profunde și în raport direct cu stadiul evolutiv în care am surprins maladia în momentul actului operator și minimă dacă nu chiar inexistentă în procesele distrofice apioreice, care evoluează numai cu simplă alveoliză.

Starea aceasta de **desosare sau dezgolire survenită brusc,** creată prin actul operației, este urmată de unele nevralgii odontale uneori mai discrete și mai suportabile, alteori însă îndeajuns de violente încît să nu poată fi calmate decît prin folosirea repetată a unor sedative. Aceste nevralgii nu au caracterul nici al durerilor pricinuite de iritațiile pulpare din diversele distrucții ale structurii odontale și nici al durerilor din diversele inflamații sau alte leziuni ale elementelor paraodontale. Ele sînt de categoria **durerilor provocate.** Imediat ce coletul odontal denudat de elementele gingivo-ligamento-alveolare vine în contact cu aer, apă, alimente — prea calde sau reci — survin dureri. De asemenea, sarea, dulcele sau alte substanțe caustice declanșează nevralgii. Dacă intensitatea acestor nevralgii este în raport cu hipersensibilitatea individuală ca și cu cauza care le determină, ele nu durează decît foarte puțin după ce factorul cauzal a dispărut.

Noi nu aplicăm acestor nevralgii un tratament mai special căci dacă ele la început mai obligă pe cel în cauză să mai ia din cînd în cînd cîte un calmant, cu timpul, aceste nevralgii se atenuează treptat, treptat pe măsură ce dentina și cimentul radicular se izolează automat, încît după cîteva luni (4—5, alteori și mai mult) dispar complet. În asemenea cazuri, sfătuim operatul să evite pe cît posibil prea recele, prea caldul, ca și celelalte substanțe care îi provoacă durerile.

S-ar putea totuși trata aceste nevralgii blocînd terminațiile filetelor amielinice de la nivelul segmentului denudat, unde zona cimentului radicular este atît de redusă încît nu le izolează, lăsîndu-le în contact cu variațiile calorice și caustice ale mediului bucal. Blocarea se poate face prin cîteva badijonaje ale zonelor denudate, fie cu o soluție de nitrat de argint 10%, fie cu o soluție de hidrochinonă 10% sau soluție clorură de zinc 20% etc. Noi n-am practicat-o niciodată, deoarece nitratul de argint impregnînd dentina segmentului respectiv îi dă o culoare închisă foarte urîtă, care aduce după ea un aspect foarte dezagreabil al arcadei odontale. În plus, am constatat prin experiența noastră că oricare ar fi intensitatea acestor nevralgii după operație, ele încetul cu încetul se diminuează pînă ce dispar și sînt uitate de cel care le-a suportat.

Scanned with OKEN Scanner

b) Accidentele de ordin supurativ

Aceste accidente sînt de regulă datorită pătrunderii, cu toate măsurile luate, a unui agent microbian în momentul introducerii implantului în conductul osos alveolar. Acest agent microbian dă loc în acest conduct și la nivelul său sub-mucos unei supurații latente care evoluează în timp, spre deosebire de cea imediată declanșată rapid, prin abundența microbiană. Această supurație apare după a 3-a sau a 4-a săptămînă evoluînd spre o mică colecție care impune perforarea gingiei și eliminarea întregului conținut pioreic, cînd se elimină de multe ori și fragmente din implant. După evacuarea conținutului supurativ uneori după un badijonaj dezinfectant, totul intră în normal. Alteori, mai persistă la nivelul perforației o mică fistulă care după badijonaje dezinfectante dispare.

Dacă surprindem tendința de evoluție a unui astfel de focar, îi administrăm o cantitate de penicilină (după cum e cerută atît de evoluția supurației, cît și de reacția organismului) putînd astfel jugula procesul supurativ chiar la debutul lui.

Este un accident neașteptat, nedorit, dar totuși cînd apare nu trebuie să se interpreteze ca un eșec, căci ceea ce avea de determinat la acest nivel implantul, a și provocat deja din fenomenele pe care avea să le determine în focarul respectiv.

Uneori, se remarcă la nivelul unuia sau a mai multor spații inter-odontale o ușoară stare supurativă care provine de sub procesele gingivale, pe care compresîndu-le lasă să iasă de sub ele o secreție pioreică. Cu toate măsurile de dezinfecție pe care le administrăm, ameliorarea nu survine decît după ce, de la acest nivel, după un timp oarecare se elimină un mic sechestru osos.

Explicația acestei stări care se evidențiază cam după 1 1/2—2 luni de la operație constă în faptul că, prin actul de forare a conductului pentru implantare, a fost izolat așa cum ilustrează fig. 52, un fragment osos din marginea conturului alveolar sau din extremitatea septului inter-alveolar care, avînd o vitalitate diminuată se mortifică, eliminîndu-se apoi ca orice sechestru osos.

Este o complicație care, cu ani în urmă, era mai frecventă și care, prin faptul că nu predispunea la nici o agravare post-operatorie prea îngrijorătoare nu o urmăream în evoluție decît prin măsuri de igienă bucală dezinfectantă, pînă cînd, după eliminarea sechestrului zona respectivă intra imediat în normal. Totuși, am fost preocupați să-i găsim cauzele și să prevenim și acest accident. Eforturile acestor preocupări au fost încununate de succes numai prin simpla modificare a tehnicii. Astfel, prin analiza acestor observații și stabilirea cauzei acestui accident în actul implantării, **forarea septului nu o mai facem oblic înăuntru perforînd prin compacta externă a septului spre masa spongioasă,** ci **conductul îl forăm oblic ușor și axial în plină masă spongioasă a septului, respectînd corticala osului alveolar.** În acest fel,

așa cum ilustrează imaginile din fig. 51, nu se izolează o zonă din sept expusă mortificării și eliminării ei ca un sechestru, așa că și acest accident nu-și mai are rațiunea să complice mersul post-operator al maladiei decît foarte rar.

c) Accidentele de ordin fiziologic și structural

Așa cum vom vedea în capitolul următor, prezența implantelor în septul interalveolar are un rol și o evoluție proprie lor. Astfel, ele determină local o serie de fenomene deosebit de importante.

Implantul odată introdus în conductul său reprezintă local un **biostimulator, o spină incitatorie** față de care organismul este incitat și forțat să reacționeze printr-o **activare a fenomenelor circulatorii** prin care să facă să dispară acest element care-l incită, rezorbîndu-l.

Fenomenele circulatorii prin activitatea ce o creează la acest nivel în vederea lichidării acestui corp străin, implantat în masa osului alveolar, rarifică mult și restul suportului parodontal, din care cauză, spațiile alveolo-odontale se lărgesc. Această lărgire a spațiilor aduc după ele o **mobilitate odontală mult mai pronunțată** decît era mobilitatea dinților înainte de operație.

Această mobilitate începe să se accentueze cam după a 4-a săptămînă de la operație și se menține agravîndu-se din ce în ce pînă către începutul celei de a 4-a luni, cînd dinții încep să-și recapete din ce în ce fixitatea.

Este o mobilitate care nu trebuie considerată un accident post-operator, căci, în realitate, ea nu expune la nici o îngrijorare deoarece ea corespunde unor fenomene fiziopatologice și structurale pe care tocmai noi am urmărit să le determinăm spre a aduce, ca o urmare lor, o recondensare structurală a parodontului și refixarea elementelor odontale, ceea ce de altfel se și realizează.

Considerații cu privire la stabilitatea și refixarea dinților

Problema refixării odontale este una din chestiunile care preocupă deopotrivă și pe cel care tratează ca și pe cel care solicită a fi supus tratamentului.

Ce înțelegem prin fixitatea elementelor odontale și ce trebuie să subînțelegem prin refixarea unor asemenea elemente cu mobilitate?

Normal, în general, un element odontal are 2/3 din lungimea sa împlîntate sub gingie într-o nișă osoasă care este alveola odontală în care el se află menținut de ligamentul gingivo-odontal. Alveola osoasă este completată cu un colet gingivo-ligamentar circular. O treime însă din lungimea odontului este partea lui coronară, adică este partea expusă. Unul este **segmentul intra-alveolar** sau radicular și celălalt este **segmentul coronar** sau segmentul expus al odontului.

Scanned with OKEN Scanner

Această situație anatomică este aceea care asigură o **fixitate absolută,** atît statică ca și funcțională a elementului odontal.

Pe măsură ce profunzimea sau înălțimea alveolei prin procesul distrofic se va reduce treptat, treptat, desigur că și segmentul radicular, din cele 2/3 ale sale, își va reduce implîntarea în alveola respectivă. Astfel, pe măsură ce lungimea lui din alveolă se va micșora în favoarea celei expuse, adică coronariene, el sub acțiunea unei presiuni oarecare mai mare sau mai mică va ceda, dînd loc unei mobilități în dauna fixității care-și va pierde calitățile **absolute** devenind **relative.**

Fixitatea relativă corespunde deci unui proces anormal care a survenit în echilibrul static și dinamic al odontului. Dacă procesul care a atins fixitatea absolută nu s-a oprit în stadiul de debut spre a da loc unui proces de reparație imediată, ci evoluează minînd mai departe structura parodontului — așa cum se petrece în procesul parodontopatiei esențiale, — atunci **fixitatea relativă** se accentuează într-atîta încît **devine o adevărată mobilitate a odontului** în cauză.

Cu cît distrucția parodontului crește, reducînd din ce în ce alveola în adîncimea ei, cu atît și mobilitatea odontală va crește, ducînd în cele din urmă la expulzări odontale.

Ce trebuie să subînțelegem prin refixarea odontală?

Pentru a nu se interpreta greșit și a nu se exagera pretențiile la ceea ce trebuie să se aștepte de la această operație, mai ales în unele cazuri grave, vom căuta să facem cîteva precizări, revenind asupra lor odată cu alte considerații.

Operația noastră, în afară de realizarea primului obiectiv descris, urmărește în cel de al doilea obiectiv să recondenseze structura pereților alveolari în proces de destrămare minerală a traveelor sale.

Ori, ca să se îndeplinească recondensarea pereților alveolari trebuie ca mai întîi să existe acești pereți chiar în conformația rarefiată a alveolei, chiar demineralizați, dar oricum ei să existe. **Prin această operație nu reclădim pereții alveolari care au fost distruși prin procesul distrofic, ci prin provocarea fenomenului mutației minerale în structura lor, urmărim numai să realizăm o apoziție și recondensare a structurii acestor pereți.**

Un odont sau chiar un sistem odontal a început să prezinte un oarecare grad de mobilitate. Radiografiile ne arată că un oarecare segment din lungimea rădăcinii lui sau a lor se află dezbrăcate de suportul osos al alveolelor respective. Îi supunem operației noastre.

După operație, deși mobilitatea aceasta devine exagerată consecutivă fenomenelor fiziologice, menționate, urmare acelorași fenomene — la un interval de aproxi-

Scanned with OKEN Scanner

mativ 4 luni, uneori mai puțin, alteori ceva mai mult, în funcție **de modul cum reacționează conformația structurală și fiziologică a individului operat,** ei încep să-și recapete fixitatea, ceea ce corespunde începutului procesului de refixare a lor în alveolele respective. Spațiul alveolar, prin fenomenul mutației și apoziției minerale în pereții alveolari, se reduce din ce în ce, așa încît după 4—5 luni de la operație el de-abia dacă mai permite un minim joc al odontului respectiv.

Refixarea aceasta nu va fi însă de calitatea fixității absolute la care unii din cei operați nădăjduiesc, deoarece de îndată ce **raportul natural** rădăcină-coroană stabilit prin actul genetic și al evoluției implîntărilor odontale în alveolele lor, — a fost alterat prin procesul de alveoliză, în conformitate cu unele legi mecanice și fiziologice, refixarea lor în nici un caz nu va fi restabilită în chipul celei absolute.

Oricum, se realizează o refixare, care este însă de categoria unei **fixități relative,** după cît de relativă a fost rezorbția alveolară surprinsă în momentul cînd am instituit actul împănării osoase, adică în raport cu stadiul evolutiv al procesului parodontopatic.

Cu cît a fost mai avansată rezorbția alveolară cu atît și **refixarea** sau **fixitatea relativă** pe care o vom realiza va fi mai redusă. În asemenea împrejurări patologice, segmentul odontal expus presiunii ca o pîrghie, fiind prea mare față de segmentul radicular implîntat în nișa alveolară, va face ca mobilitatea odontală să crească în raport invers cu partea radiculară existentă în alveola sa, iar realizarea unei stări de refixare va fi relativă și în funcție de stadiul distrucției și a gradului acestei mobilități.

Pentru aceste considerații, terapeutica cu prognosticul ideal realizat prin această operație este numai atunci cînd ea se efectuează pe cît posibil în primul stadiu de evoluție al maladiei adică atunci cînd peretele alveolar a fost numai ciupit de procesul de distrugere distrofic. Cu cît procesele distructive vor fi surprinse în momentul operației, mai avansate, cu atît și prognosticul rezultatelor la care avem a ne aștepta trebuie să fie privit cu mai multă rezervă și îngăduință.

d) Hipertrofia mucoasei gingivale

La un număr redus de cazuri am observat la cîteva luni după operație, o hipertrofie sau mai just, o hiperplazie neobișnuită a mucoasei gingivale mai ales la nivelul proceselor ei inter-odontale.

Consider această stare a mucoasei gingivale ca o reacție a ei sub fluxul exagerat al vitalității și troficității sale, survenit ca o urmare a schimbării condițiilor locale, prin activarea potențialului fizio-structural local.

Cum hipertrofia aceasta, limitată de cele mai multe ori la un grup odontal ar aduce după ea crearea unei pungi anormale în care s-ar aduna și ar stagna resturi

Scanned with OKEN Scanner

alimentare care prin fermentația lor ar da loc și la unele secreții dezagreabile, — le frînăm evoluția hipertrofică imediat ce le constatăm prin introducerea cu presiune la fiecare spațiu inter-odontal a unor meșe dezinfectante și cauterizante îmbibate cu soluția de clorură de zinc 20% menționată înainte, pe care lăsîndu-le 8—10 minute, aceste meșe îmbibate vor aduce după 2—3 ședințe repetate la intervale de 4—5 zile, remedierea acestei stări gingivale.

Actualmente, pentru a preveni această hipertrofie după aproximativ o lună de la operație, introducem o dată pe săptămînă aceste meșe cu clorură de zinc în toate spațiile interodontale, împiedicînd astfel tendința hipertrofiei anormale a mucoasei gingivale.

Tratamentul protetic

Nu am preconizat în evoluția post-operatorie și în așteptarea consolidării dinților a nici unui fel de fixare odontală — fie legături, șine de fixare sau șine de imobilizare etc.

Am operat și am îngrijit întocmai cum am menționat mai sus, urmărind în același timp clinic și radiografic evoluția arcadelor operate.

Rezultatele au fost mai mult decît satisfăcătoare atît pentru noi cît și mai ales pentru cei operați.

După refixarea elementelor odontale, chiar cînd ea era relativă fiind totuși mai accentuată decît mobilitatea pre-operatorie, am trecut și la completări protetice odontale atunci cînd eventualele lipsuri impuneau asemenea completări.

În principiu, am preconizat cu preferință, ca urmare a operațiilor, atunci cînd permitea prezența lor în arcade, întotdeauna protezele fixe celor mobile, aceasta pentru multiple considerații atît de ordin tehnic ca și de ordin funcțional.

Echilibrul ocluzo-articular

Procesele distrofice parodontopatice prin evoluția lor determină uneori migrații odontale accentuate, în diverse sensuri. Aceste stări împreună cu mobilitatea odontală creează arcadelor odontale un dezechilibru ocluzo-articular care provoacă grele disfuncții sistemului odontal.

Prin actul operator, așa cum am arătat mai sus, la un moment dat după intervenție elementele odontale devin foarte mobile. Această mobilitate, în timpul cînd încep fenomenele de mutație, apoziție și recondensare a pereților alveolari, favorizează, în mare măsură, ca să se realizeze o reechilibrare ocluzo-articulară automată.

Scanned with OKEN Scanner

Stările cu dezechilibre, produse prin procese distrofice parodontopatice, atunci cînd prognosticul sau progenismul provocat de aceste manifestări nu s-a redus după actele operatorii le-am dirijat să li se completeze tratamentul nostru chirurgical și cu un tratament ortodontic, în vederea repunerii în echilibru ocluzal al acestor arcade.

Șlefuirea selectivă, ca act terapeutic în stările parodontopatice am considerat-o ca neeficientă și fără o bază logică. Ea poate fi rezervată numai în împrejurările cînd un odont în stare migratorie cu egresiune ocluzală, jenează actul masticator, din care cauză impune să fie scurtat prin șlefuire, care se repetă din cînd în cînd, deoarece procesul îl va împinge mereu din nișa sa alveolară.

Scanned with OKEN Scanner

OPERAȚIILE COMPLEMENTARE ALE CHIRURGIEI LOCALE GINGIVO-ALVEOLARE

Omo-implantele de „Os Minerale" în regiunile presternală și suprapubiană

Coincidența frecventă într-un mare procentaj de cazuri parodontopatice, unde deja există o stare de osteoporoză generalizată, a unor stări grave patologice, consecință tot a fenomenelor de demineralizare, ne-au determinat să acordăm acestei probleme o preocupare și mai deosebită. Astfel, prin dozajul calciului și uneori al fosforului, efectuat unui număr de cazuri, am găsit că în umorile lor într-o proporție care depășește 65% dintre ele o stare gravă de demineralizare, calcemia găsindu-se mult sub limitele ei normale, deși unii autori ca Entin, Held și alții, dau statistici contrare acestor date.

Pe de altă parte, așa cum am menționat în Cap. « Coincidențelor patologice » aproape toate organismele în stare hipocalcemică prezintă manifestări clinice nete, consecutive fenomenelor de demineralizare.

Aceste considerații făcute pe marginea observațiilor clinice generale ca și asupra reacțiilor biochimice și bazat pe importanța rolului preponderent al elementului mineral în general și în special fosfo-calcic la reechilibrarea și redresarea funcțiilor neuro-vegetative alterate, au impus să dăm o deosebită grijă nu numai asanării focarului parodontopatic și redresării structurale locale — adică a parodontului ci și problemei de remineralizare generală a întregului teren organic.

Problema remineralizării generale organice, care este și cea mai importantă în cadrul asistenței parodontopatiei esențiale, într-o oarecare măsură este rezolvată prin operația locală a proceselor parodontopatice, adică odată cu împănarea cu implante de « os minerale » a osului alveolar în procese parodontopatice. Această remineralizare o socotim suficientă numai în cazurile unde manifestările clinice gene-

Scanned with OKEN Scanner

rale dependente stărilor demineralizante, sînt foarte discrete iar probele biochimice **ne arată un titru mineral în ser în limite normale, deși tisular acest titru poate fi grav alterat.**

Stările grave însă, adică acolo unde pe lîngă procese distrofice manifeste, cu alveolize dramatice, întinse și profunde — mai găsim și un teren organic cu manifestări disfuncționale și organice grave — prin demineralizare accentuată, unde în special calcemia se află mult sub limita ei inferioară, am socotit că numai actul împănării în septele inter-alveolare este **insuficient** scopului pe care-l urmărim în tratamentul local și general al organismelor parodontopatice.

De aceea, probele de laborator înaintea oricărui tratament sînt absolut necesare. ele fiind hotărîtoare atitudinilor terapeuticei în materie de parodontopatie.

Așa cum vom vedea, în cap. « Principiile biologice ale implantelor cu „os minerale" », aceste implante au pe lîngă altele un rol **local biostimulator,** de a stimula printr-un **fenomen incitator specific remineralizant** organismul ca el să-și pună în joc potențialul său de reacție specifică remineralizării, mobilizîndu-și rezervele minerale spre locul incitat de implante, recondensînd astfel structura osului alveolar, iar **general** prin aportul lor mineral au rolul de a combate tendința organică spre disfuncții subordonate stărilor hipo-minerale.

Ori, dacă terenul organic parodontopatic se găsește într-o stare gravă de hipocalcemie însoțită și de manifestări clinice, nu va fi ajutat în efortul său de reacție față de incitația specifică ce face apel la potențialul său remineralizant, cu certitudine că ceea ce se va realiza în masa parodontului numai prin implantele locale, fără să mai vorbim de starea generală, va fi prea puțin dacă nu chiar insuficient.

De aceea, pentru a redresa terenul organic prin stimularea și consolidarea fenomenelor locale de remineralizare și restaurare structurală prin actul operator local, am recurs la o **operație complimentară,** care printr-un aport mineral masiv ce-l aduce organismului, să creeze o stare inversă celei maladive adică de remineralizare generală, de recondensare în structura parodontului, ca și reactivarea pînă la normal a stărilor disfuncționale generale.

Această operație, care atunci cînd impun condițiile umorale și manifestările clinice, completează pe cele locale, adică din parodont, constă în introducerea hipodermică în zona presternală la bărbați și suprapubiană la femei, a unui **transplant-implant masiv** (fig. 66 a), pregătit și conservat în aceleași condiții ca și transplantele pentru împănarea septelor alveolare, după următoarele principii operatorii.

Scanned with OKEN Scanner

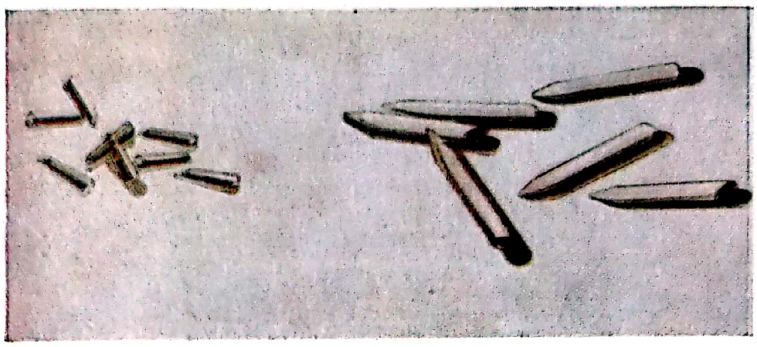


Fig. 66

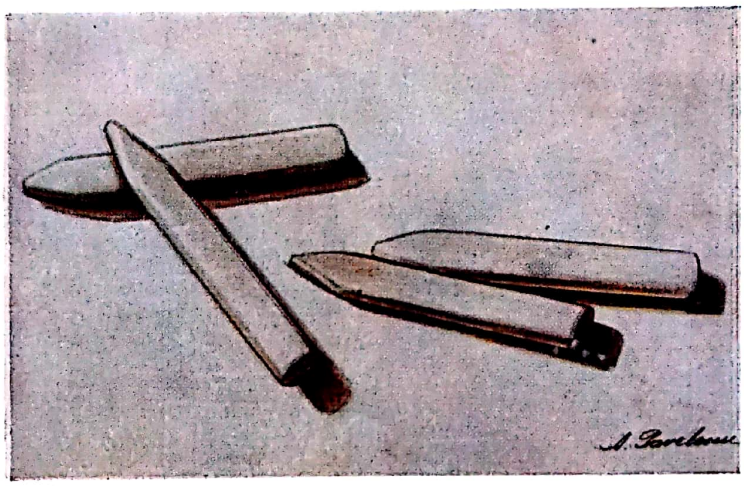


Fig. 66 — A. Implante mari de **os minerale.**

Tehnica operației de implantare presternală și suprapubiană

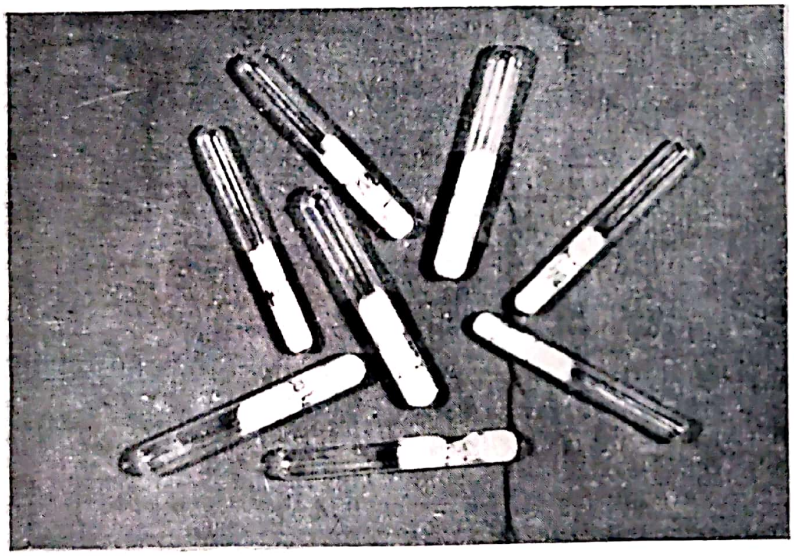
A) Implantarea presternală

Aceasta o preconizăm în special bărbaților. Femeile, prin decolteul lor expunînd zona, fac ca din cauza diformației locale creată de masa implantului, deși temporară, ca și din cauza cicatricei plăgii prin care s-a introdus implantul, să le rezervăm maniera operației suprapubiene.

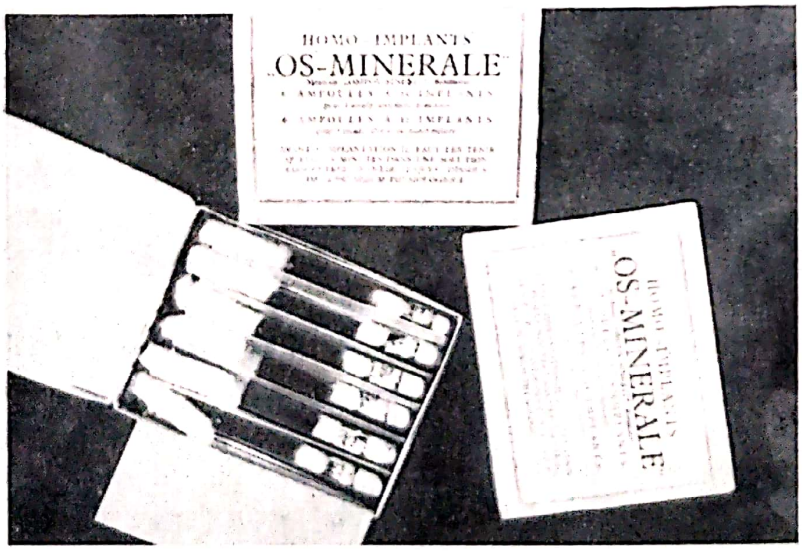
Preferăm zona presternală altei zone sau regiuni topografice pe criteriul minimei jene postoperatorii ca și a comodității operatorii, deși poate prin vascularizația ei săracă creează condițiile unei resorbții a implantului prea lente.

Pe linia mediană, la baza apofizei xifoide, după ce zona a fost bine dezinfectată și după anestezia locală bună, cu ajutorul a 2 pense anatomice cu gheare mici, se

1



2



3

Fig. 66 — B

Omo-implante mici
1. în formă și aspect
2. în ampule
3. ampule în ambalaje.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 67 — Aspectul regiunii presternale.

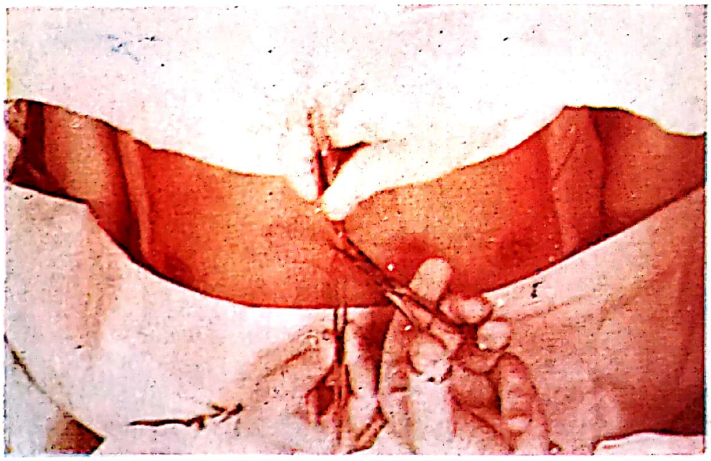


Fig. 68 — Secţiunea tegumentului.

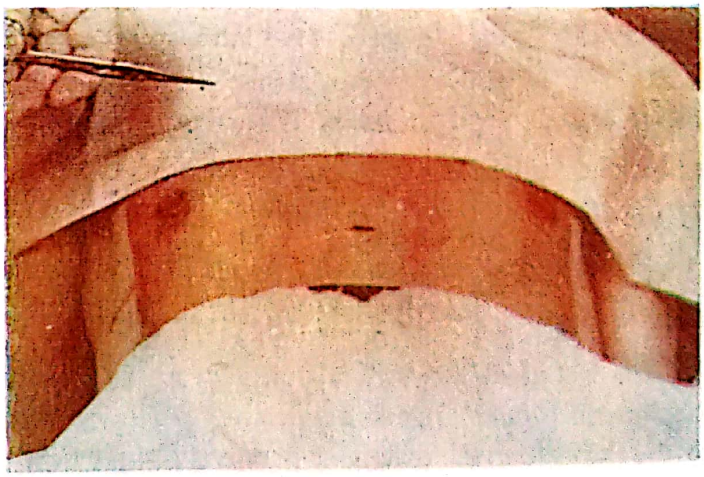


Fig. 69 — Aspectul inciziei.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 70 — Conductul pentru implantul mare.

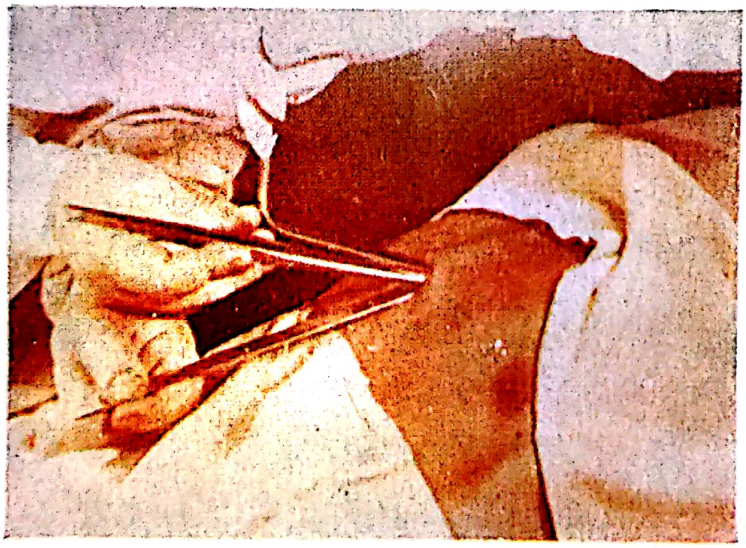


Fig. 71 — Introducerea depărtătoarelor.

prind și se ridică tegumentele cît mai mult dublate cu țesut hipodermic, apoi cu un foarfece lung cu vîrfurile filate se face o breșă transversală de aproximativ 1,5 cm (fig. 68).

Prin breșa astfel creată se introduce în masa hipodermică, de jos în sus, cît mai în contact cu periostul sternului, vîrful aceluiași foarfece însă închis (fig. 69).

Cînd constatăm că vîrful lui, reperat cu degetul pe dinafară, a ajuns la o profunzime de 10—12 cm, adică suficient ca să depășească lungimea implantului cu 3-4 cm, se deschide foarfecele lent și progresiv pînă la o deschidere de 2,5—3 cm a vîrfu-

Scanned with OKEN Scanner

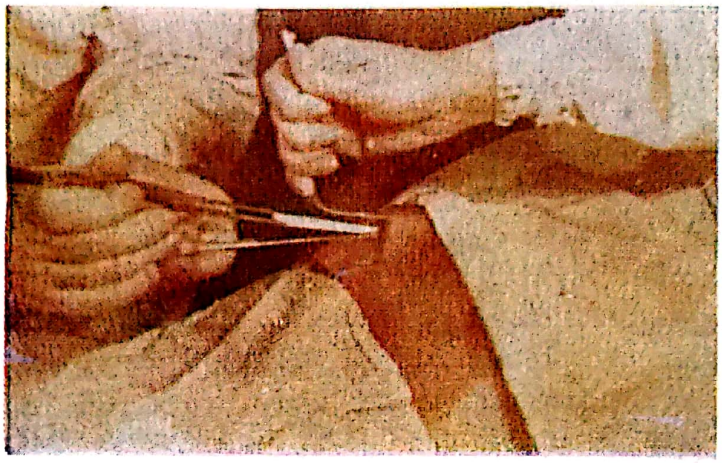


Fig. 72 — Introducerea implantului de **os minerale.**

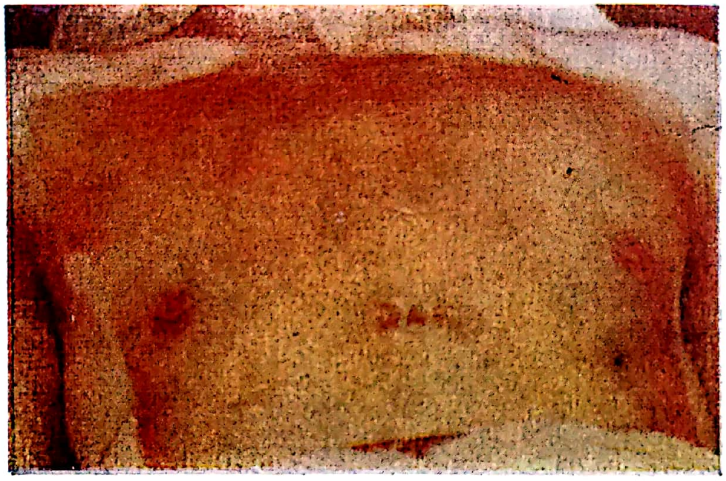


Fig. 73 — Aspectul regiunii la sfîrșitul operației.

rilor sale (fig. 70). Astfel foarfecele menținut deschis se scoate din plagă, creînd în urma lui un conduct suficient de larg în calibru, pentru a primi implantul mare.

Se introduc apoi (fig. 71) două lame metalice conductoare pînă în fundul conductului hipodermic, se desfac aceste lame, se tamponează conductul pentru a curăți eventualele cheaguri sau a opri sîngerarea vreunui vas.

Menținînd astfel bine depărtate lamele între ele cu multă precauție de asepsie și cu multă delicateță, spre a nu-l sfărîma, se introduce implantul masiv (fig. 72) sterilizat aflat pregătit într-un recipient cu ser fiziologic.

Odată introdus și așezat între lamele metalice conductoare, cu un compres-tampon, se împinge astfel pînă ce a ajuns în fundul conductului. Ținînd compresul-tampon pe loc tragem și scoatem lamele după care scoatem acest tampon.

Scanned with OKEN Scanner

Apoi se aplică 2 agrafe (fig. 73), care se scot după a 7-a zi.

În nici un caz nu se suturează, căci acul cu firul suturant perforînd tegumentele ar putea deschide pe lîngă fir o poartă de infiltrație microbiană de pe tegumente, care ar putea uneori prejudicia evoluției postoperatorii, creînd eșecuri grav compromițătoare scopului operator.

Toate manevrele acestei operații de la pregătirea cîmpului pînă la aplicarea pansamentului post-operator trebuie să se efectueze cu cea mai mare atenție în cele mai desăvîrșite condiții de asepsie ca și cu cea mai mare finețe tehnică, căci de ele depinde succesul operației ca și rezultatele binefăcătoare ale implantului inclus în masa țesuturilor hipodermice.

După operație, operatul simte o mică durere sau o ușoară jenă locală, ce se poate calma cu orice fel de sedativ. Zona se tumefiază ca orice focar operat, care însă nu persistă decît 4—6 zile. În conduct se face un mic hematom, produs de ruptura țesuturilor hipodermice ca și a capilarelor arteriale și venoase, care însă se resoarbe în cîteva zile. De obicei, nu se face un hematom prea mare, căci regiunea nefiind prea bogată în vase mari ca cea suprapubiană, iar vasele nu sînt secționate prin manevra operației, ci prin deschiderea lentă și treptată a brațelor foarfecelui ele sînt întinse și rupte așa că endartera lor se resfrînge în lumenul vasului bușonîndu-l spontan.

B) Implantarea suprapubiană

Transplantul-implant este introdus în zona suprapubiană mai ales la femei pentru următoarele considerente estetice, topografice ca și de conformație anatomică:

a) zona suprapubiană este o zonă care prin situația și structura ei bogată în păr permite o incizie a cărei cicatrice este repede mascată prin creșterea părului după operație;

b) introducerea implantului la acest nivel creează postoperator o jenă minimă;

c) este o zonă care în conformația ei structurală are un sistem vascular foarte bogat ceea ce va favoriza la acest nivel o circulație foarte intensă;

d) datorită acestei vascularizații bogate și circulații active se vor crea condițiile unei acțiuni de resorbții asimilatorii asupra implantului mult mai repede decît în orice altă zonă a organismului.

Datorită situației topografice a acestei zone se vor face severe măsuri de pregătire operatorii întocmai ca acele ale operației pentru osteosinteză. În seara zilei care precede operația se bărbierește complet și foarte bine zona suprapubiană și vulvară. Se spală în baie tegumentele cu un burete cu apă și săpun, apoi se șterge cu o compresă îmbibată în alcool sau cu un alt dezinfectant puternic.

Scanned with OKEN Scanner

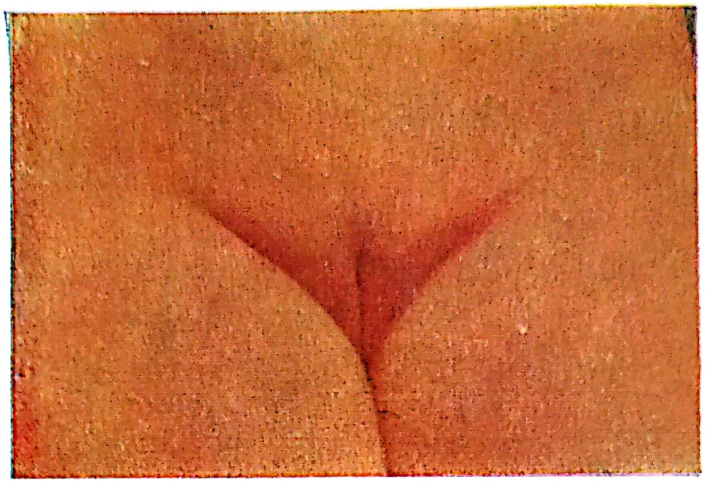


Fig. 74 — Zona suprapubiană.

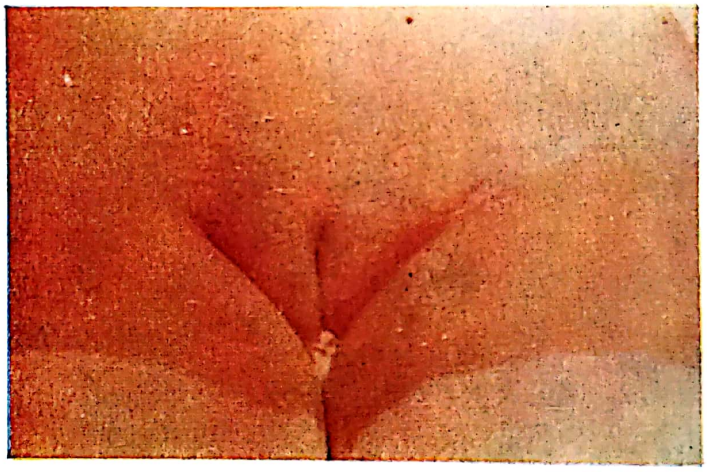


Fig. 75 — Zona pregătită pentru operație.

În ziua operației i se mai repetă toaleta și dezinfecția, după care înainte de a i se pune cîmpurile este bine și repetat dezinfectată cu tinctură de iod în soluție alcoolică slabă, apoi cu eter iodat 5%.

Pentru a nu provoca usturimi în sfera genitală prin prelingerea acestor dezinfectante spre vagin printre labriile vulvare, labrii ca și în plicile dintre labrii și coapsă, se pun tampoane de vată sterilă.

Se face anestezia zonei prin infiltrarea cu ajutorul unei seringi de 10 ml cu un ac lung de 10—12 cm a unei soluții de xilină 2% fără adrenalină, în sensul

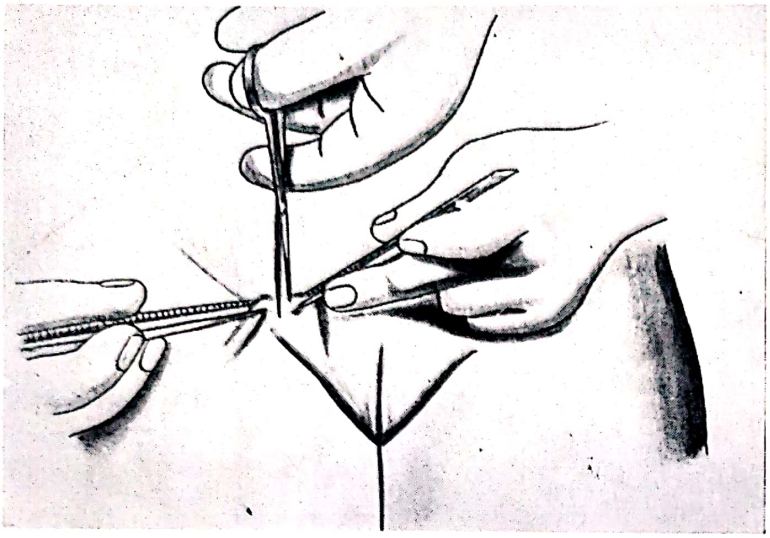


Fig. 76 — Secțiunea tegumentului.

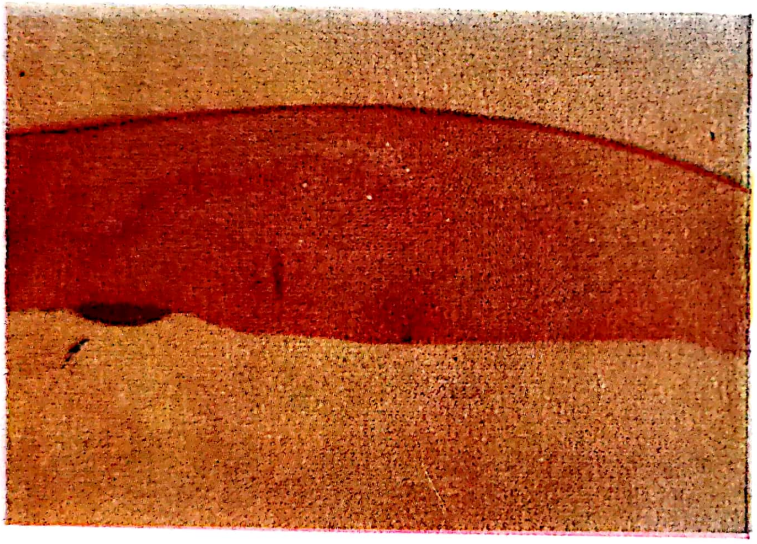


Fig. 77 — Aspectul inciziei.

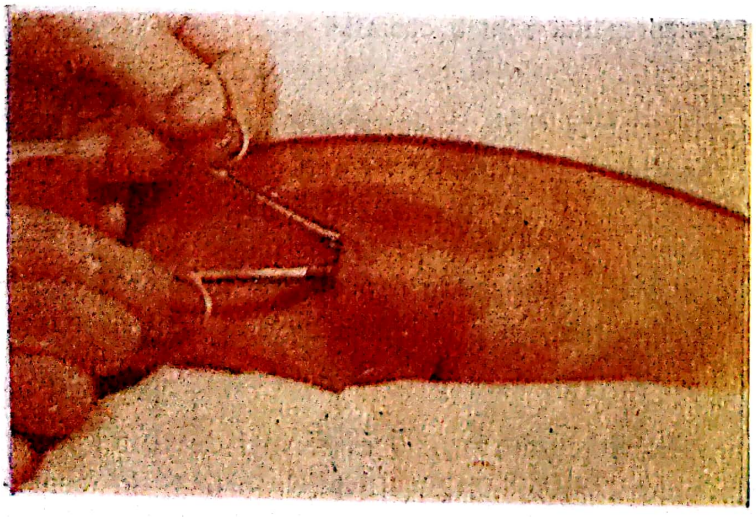


Fig. 78 — Executarea conductului.

Scanned with OKEN Scanner

direcției viitorului conduct hipodermic. În plica inghinală se înțeapă cu acul tegumentele, se infiltrează la acest nivel în sus și în jos pe o distanță de 2—3 cm, apoi se culcă seringa și acul spre creasta iliacă și transversal împingînd acul încet în masa hipodermică chiar deasupra masei simfizei pubiene în care se infiltrează țesuturile de-a lungul traiectului său în sus și în jos pînă ce vîrful lui a ajuns în plica inghinală stîngă.

În tot timpul pătrunderii acului ne ghidăm de direcția lui urmărindu-i traiectul cu indexul mîinii libere. Acul pătrunzînd i se dau acțiuni de infiltrare atît în sus ca și în jos în așa fel ca să creeze o zonă de anestezie hipodermică de la o plică la alta de circa 2,5—3 cm lățime. Dacă soluția de anestezie nu e suficientă și trebuie să mai reîncărcăm seringa este bine să nu scoatem acul care infiltrează ci să ne folosim de un al doilea ac pentru a trage soluția în seringă, primul scoțîndu-se numai după desăvîrșirea anesteziei. Numai procedîndu-se astfel manevrele operatorii vor fi îndeplinite fără dureri și în perfecte condiții tehnice.

După terminarea anesteziei înainte de așezarea cîmpurilor se mai face încă o dezinfecție și apoi se trece la actul operator propriu-zis.

Cu două pense anatomice cu gheare mici se prinde tegumentul cît mai gros cam la 1 cm înăuntru de plica inghinală pe care îl tragem în sus. Între aceste pense cu un foarfece cu vîrful filat se face o incizie verticală cam de 2 cm a pielii și țesuturilor hipodermice (fig. 76 și 77), dar nu prea profund.

Pensele anatomice ce nu mai folosesc se lasă deocamdată. Prin breșa astfel creată se introduce vîrful foarfecelui închis, care e împins transversal în direcția țesuturilor infiltrate pînă ce ajunge, urmărindu-i direcția cu indexul mîinii libere, aproape de plica inghinală stîngă.

Apoi, cu amîndouă mîinile desfacem urechile foarfecelui lent și progresiv pînă ce vîrfurile au creat o distanță între ele de aproximativ 2,5 cm (fig. 78).

În această stare de deschidere îl tragem încet spre a-l scoate din plaga operatorie. El ieșind, creează în urma lui, delabrînd țesuturile și vascularizația întîlnită, un conduct hipodermic de aproximativ 10—12 cm profunzime și suficient de larg pentru a introduce în el implantul nostru masiv.

Se introduc (fig. 79) lamele metalice conducătoare pînă în fundul conductului, se tamponează conductul de eventualele hemoragii și se curăță de cheagurile sau sîngele extravazat după delabrarea și ruperea vaselor (fig. 80).

Lamele conducătoare puternic îndepărtate, cu deosebită prudență și delicatețe, cu o pensă anatomică fără gheare, cu vîrfurile late se ia implantul (fig. 66 b) din

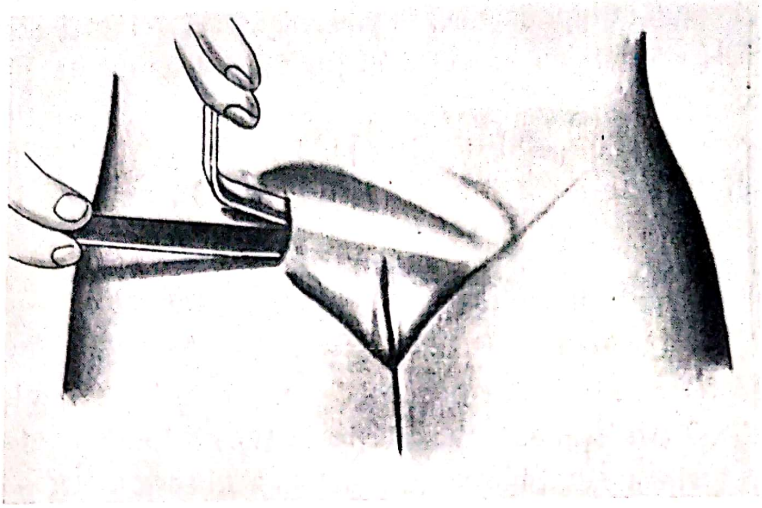


Fig. 79 — Introducerea depărtătoarelor.

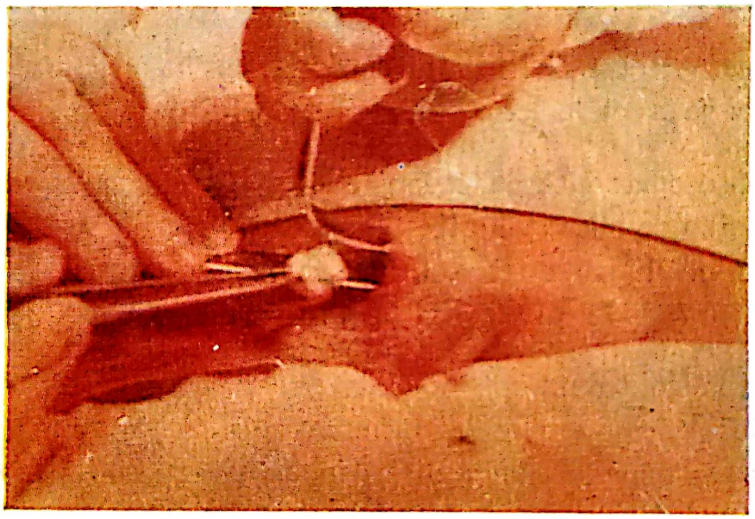


Fig. 80 — Tamponajul hemostatic.

recipientul cu ser fiziologic în care este ținut înainte de a-l introduce și așezîndu-l pe lama profundă (fig. 81) pe care el va aluneca prin împingere cu un compres-tampon, se introduce împingîndu-l pînă la extremitatea profundă a conductului. Odată cu introducerea implantului se introduce și un tub de dren tubulat foarte subțire prin care a doua zi, cu ajutorul unei seringi mari, el avînd extremitatea exterioară între cele două agrafe, pompăm din focar serozitatea sanguinolentă, degajîndu-i întrucîtva tensiunea, după care scoatem drenul cu multă atenție. Menținînd implantul în profunzimea conductului cu tamponul care l-a împins, tragem lamele conducătoare apoi foarte încet tragem și tamponul ținut de pensa respectivă.

Prindem plaga cu două agrafe pe care după a 7-a zi le îndepărtăm obținînd o cicatrizare « per primam ».

Scanned with OKEN Scanner

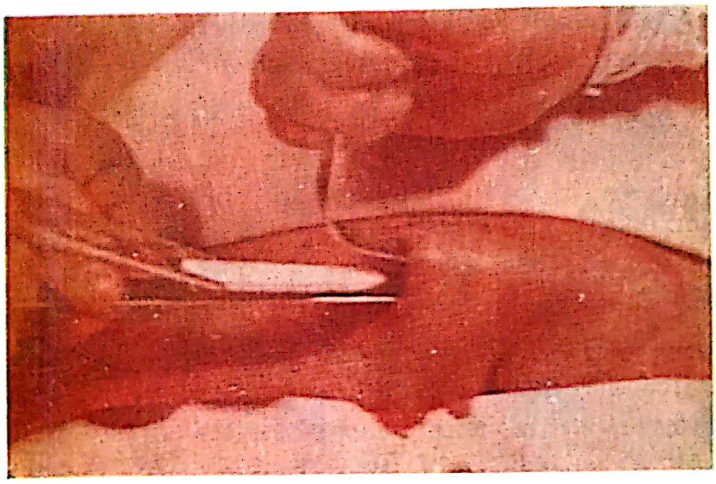


Fig. 81 — Introducerea implantului.

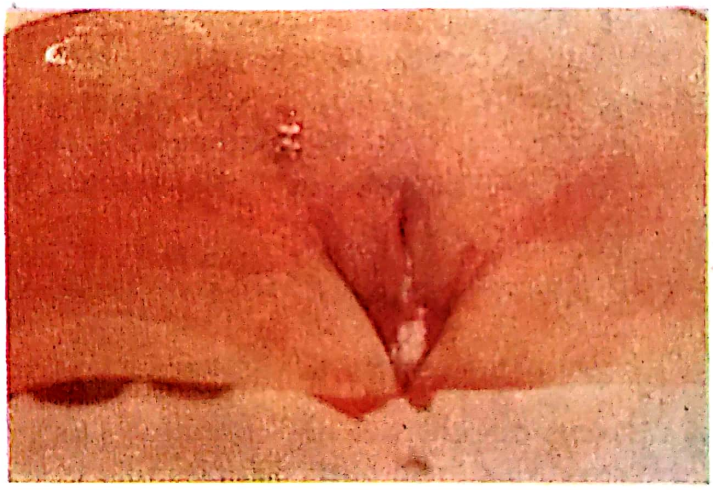


Fig. 82 — Aspectul cîmpului operat.

Nu suturăm decît foarte rar pentru aceleași considerații ca și la operația pre-sternală, aici condițiile unei infiltrații pe lîngă firul de sutură fiind mai amenințătoare, deoarece este sfera topografică a celei mai mari septicități. Apoi tensiunea serozităților din focarul implantului ar putea creea pe lîngă ele o cale de evacuare uneori chiar pînă la eliminarea fragmentelor de implant.

După operație se face o tumefacție ceva mai accentuată ca cea pre-sternală, tocmai din cauza vascularizației bogate care însă jenează minim și după cîteva zile totul intră în ordine.

Este bine, ca în toate operațiile, să se facă evitînd ciclul menstrual; în primele 3 zile operata va sta în pat și va presa prin tegumente extremitatea dreaptă a implan-

Scanned with OKEN Scanner

tului ca tensiunea eventualului hematom din conduct să nu-l facă să preseze asupra suturilor plăgii prin care a fost introdus implantul.

În legătură cu operațiile complimentare, ținem să facem o specificare deosebit de importantă.

Deoarece tehnologia de preparare și condiționare a implantelor mari, tip fig. 66 a, este prea anevoioasă sub toate aspectele, — noi am experimentat și apoi am practicat curent, aplicînd după aceeași modalitate operatorie arătată mai sus, implantele biostimulatoare **os-minerale** mici, tip fig. 66 1, fig. 66 2, fig. 66 3. Rezultatele au fost și mai satisfăcătoare în raport cu aplicarea implantelor masive, aceasta deoarece prin micimea acestor implante, potențialul biologic al organismului respectiv le-a lizat și asimilat mult mai repede ca pe acelea mari. Acest fapt a realizat într-un interval de timp redus, redresarea stării hipocalcemice umorale, precum și indirect, redresarea și reechilibrarea întregii stări organice din starea ei de disfuncțiuni și apatie vitală.

Pentru aceste observații și considerații, mai ales de ordin practic, recomandăm folosirea și aplicarea hipodermic a biostimulatorilor « **os-minerale** » existenți în fiole, ori de cîte ori o stare parodontopatică esențială se găsește în evoluție pe un fond organic cu o stare hipocalcemică mai puțin sau mai accentuată.

Aplicarea acestor biostimulatori ca număr, în operațiile complementare, este în funcție de gravitatea stării hipocalcemice și a stării generale, variind de la 10 la 30 elemente.

Rezultatele realizate vor fi din cele mai satisfăcătoare sub toate aspectele.

Considerăm că atît operația presternală ca și cea suprapubiană trebuie să se facă în epoca corespunzătoare activității resorbției implantelor din septele interalveolare și a fenomenelor active a mutației minerale în structura osului alveolar.

Cum aceste fenomene devin active la cîteva zile după intervențiile locale, operațiile pentru implante masive trebuie să se facă la nu mai mult de 10 zile de la ultima operație gingivo-alveolară. În acest fel atunci cînd fenomenele resorbției de asimilare a acestor implante vor fi într-o mare activitate, ele redresînd rapid titrul mineral al umorilor organismului respectiv, vor corespunde tocmai epocii marii activități locale cînd sub **acțiunea spinei incitatorii specifice de remineralizare** produsă de micile implante din septurile interalveolare, vor favoriza o mutație minerală și o recondensare structurală parodontală foarte evidentă prin refixarea din ce în ce mai accentuată a sistemului odontal care își pierduse fixitatea.

Totodată prin aportul masiv mineral, în calciu și în alte elemente minerale tot atît de utile vieții echilibrate organice, aceste operații prin transplantele implantate

Scanned with OKEN Scanner

în masa hipodermului vor contribui la moderarea și reechilibrarea funcțiilor vitale în general și în special a sistemului neurovegetativ, care, așa cum am văzut, controlează și dirijează viața și activitatea celulelor ca și a țesuturilor din organele și sistemele organice hotărîtoare pentru activitatea vieții în general.

Aceste implante masive durează aproximativ 4—5 ani pînă la asimilarea lor completă, în care interval organismul își poate reechilibra suficient stările sale disfuncționale și în mare măsură își reconsolidează procesele organice ce au fost lezate.

Scanned with OKEN Scanner

OMO-IMPLANTELE DE „OS MINERALE" MICI ȘI MARI

Preparare și condiționare

Transplantele pe care le folosim în împănările septelor interalveolare sînt pregătite **numai din compactă diafizară de os uman.** În primii ani operam împănînd transplante totale, adică osul și cu partea lui minerală ca și organică. Utilizarea acestor implante din os total ne pricinuia unele dificultăți postoperatorii, prin fenomenele de rejet, de expulzare eliminînd-o după cîteva luni de la operație partea lor conjunctivă (adică proteinică), perforînd mucoasa gingivală. Cum pentru scopul terapeutic pe care-l viza operația era nevoie numai de partea minerală a osului implant, am părăsit această manieră făcîndu-i o modificare importantă.

Din 1943 am pus în practică folosirea transplantelor osoase deproteinizate, adică numai cu partea lor minerală, de unde le și denumim «os minerale*», îndepărtînd cu ajutorul unor substanțe chimice partea organică din ele.

Iată în linii generale cum sînt preparate implantele: din compacta diafizară de os uman tibial sau femural provenit de la cazuri accidentate, se taie și se șlefuiesc manual cu ferăstraie și pile cu foarte multă meticulozitate fragmente — implante mici și mari.

Transplantele mici au o lungime de aproximativ 1,4—1,6 cm și o grosime la bază de aproximativ 2 mm filîndu-se spre vîrf, adică grosimea lor (fig. 66 a) să corespundă calibrului forat în septurile interalveolare de o freză rotundă nr. 5 sau 4.

Transplantele mari sau masive (fig. 66 a) au o lungime de aproximativ 7—7,5 cm, o lățime de 1,5—1,8 cm și o grosime de circa 4 mm avînd o extremitate puțin ascu-

---

* OS, OSSIS, subst. sing. pentru, — plur. OSSA = OS MINERALE, adj. neutru (masc. și fem. — mineralis) = mineral. Deci — OS — MINERALE

Scanned with OKEN Scanner

țită pentru a ușura pătrunderea în conductul masei hipodermice în care vor fi implantate.

Pentru a extrage partea organică din componența structurii osoase a transplantelor atît mici cît și mari, acestea sînt fierte la **bain-marie** într-o soluție de hidroxid de natriu 10% cam 2 ore, pentru cele mari putîndu-se repeta această fierbere de 2—3 ori, adică în principiu pînă cînd prin controlul implantului constatăm că el a devenit sfărîmicios între degete.

După această tratare chimică, ele sînt spălate 2—3 ore la un curent de apă obișnuită, apoi cu apă distilată de foarte multe ori și tot de atîtea ori fierte în apă distilată tot în **bain-marie,** pînă cînd soluția în care au fost fierte și cea în care au stat 2—3 zile rămîne neutră la reactivii de control.

Pregătirea acestor implante impune o tehnică și mai ales o grijă de preparare și conservare foarte riguros supravegheată. După prepararea lor transplantele și mici și mari sînt conservate uscate în fiole sau borcane, în cele mai perfecte condiții de asepsie.

Cînd momentul operator impune împănarea lor fie în septurile parodontului fie în masa hipodermică presternală sau suprapubiană se scot și se pun într-un recipient adecvat măsurii lor, cu ser fiziologic Ringer-Locke, în care am dizolvat antibiotic în concentrație mare.

Folosirea implantelor « os minerale » mici și mari în tratamentul stărilor parodontopatiei esențiale ca și a stărilor disfuncționale organice generale care au la bază o deficiență minerală au fost hotărîtoare pentru definirea valorii lor în rezolvarea acestor probleme.

De altfel avem ferma credință că nu va trece prea mult timp și folosirea acestor implante masive va lua o extindere impresionantă în toată patologia umană atît în cazurile unde se va constata o carență sau o pierdere minerală gravă, continuă și progresivă și unde o remineralizare masivă va fi indicată pentru redresarea disfuncțiilor și structurilor alterate prin diverse cauze morbide, ca în rahitism, stări grave spasmofilice și neurovegetative cu insomnii rebele, lipsă a poftei de mîncare, hiperexcitabilitate, cefalee persistente etc.

Principiul bio-fiziologic de implantare a implantelor de „Os Minerale" în septurile interodontale

Am subliniat în unul din capitolele precedente că în parodontopatia esențială este vorba de o evoluție distrofică caracterizată printr-o rarefacție a osului alveolar.

Această osteo-rarefacție de tip distrofic impunea, după părerea noastră o modalitate de remediere cu totul aparte care să constea **mai întîi în oprirea deplasărilor minerale și apoi determinarea la acest nivel** a unui fenomen invers celui patologic, adică de recondensare a structurii osului alveolar prin remineralizare. Iată principii ipotetice pe care mi le puneam la începuturile profesiei mele (1935) și pe care dacă reușeam să le rezolv întrevedeam unica modalitate de a trata după anumite criterii biologice și fizio-structurale sindromul parodontopatiei esențiale.

În conformitate cu cele stabilite de cercetările lui Leriche și Policard asupra fizio-patologiei osoase ne este cunoscut principiul că focarele osteo-rarefiate beneficiază de prezența unor transplante osoase atunci cînd sînt introduse chiar în focar. Focarele osteo-rarefiate prin procesul asimilării transplantului osos urmat de fenomenul mutației și apoziției minerale în structurile din vecinătate în care el se află implantat, așa cum prea bine au demonstrat în lucrările lor acești autori, se vor remineraliza adică se vor recondensa.

Astfel pe considerațiile acestui principiu, focarele osoase rarefiate din cauze traumatice, tuberculoză etc., beneficiază radical atunci cînd în zona focarului sînt introduse implante osoase.

Ținînd seama de acest principiu bio-fiziologic fundamental, ne puneam problema la acea dată, să găsim modalitatea prin care să putem introduce în masa osoasă a parodontului, — la fel de rarefiată prin procesul distrofic de dezorganizare, indiferent de factorul care le-ar determina, a unor fragmente — transplante osoase care să îndeplinească la acest nivel misiunea pe care o determină transplantele osoase în general, atunci cînd ele sînt folosite fie în consolidarea unor focare traumatice, fie în condensarea focarelor de osteorareficație de tipul manifestărilor bacilare.

În vederea acestui scop am preparat omo-implantele (de « os minerale ») descrise mai sus pe care le introducem în septul interalveolar, după modalitatea descrisă în timpul doi al operației, la punctul 4 al « Momentului împănării ».

Implantul nostru « os minerale » nu este o grefă, ci un transplant, deci el nu se sudează la restul țesutului osos. Acest implant este un **biostimulator,** care suportă o serie de procese foarte importante prin care el este asimilat și apoi prin fenomenul mutației minerale compoziția masei lui, prin **fenomenul apoziției provocat de incitația specifică remineralizantă,** este depusă în structura osoasă alăturată, determinînd la acest nivel **3 roluri bio-fiziologice, fiecare cu importanța lui deosebită.**

Aceste roluri ale implantului introdus în peretele alveolar constau:

a) **prin masa lui** implantul de « os minerale » reprezintă un **aport mineral complex** introdus chiar în focar, aport suficient, nu atît cantitativ cît calitativ, pentru a stimula activitatea unor fenomene circulatorii atît de necesare redresării vitalității și troficității locale din starea sa de apatie fizio-somatică;

Scanned with OKEN Scanner

b) **prin prezența lui,** împănat în septul inter-alveolar ca și prin compoziția sa minerală, implantul va crea fenomenele **unei spine incitatorii specific remineralizante, stimulînd și reactivînd prin calitățile sale alături de fenomenele circulatorii, procesul de redresare a vitalității și troficității tisulare de la acest nivel,** în sensul opus proceselor distrofice, — iar prin actul forării conductului și împănării implantului în osul alveolar ca și al avivării marginii alveolare se va crea la acest nivel o **zonă incitată** operator, care biologic și fiziologic se va transforma într-un **apel, între o zonă de solicitare maximă,** către forțele vitale de reacțiune reparatorii ale organismului și chiar forțîndu-l (dacă este permisă expresia) să-și mobilizeze spre acest loc maximum din potențialul său de redresare și restaurare vitală și structurală ale unor țesuturi în proces de distrugere, de distrofie;

c) **prin aportul lor mineral,** implantele contribuie în oarecare măsură, așa cum ne demonstrează graficele biochimice a celor operați la redresarea titrului mineral al umorilor organice, fapt care se resimte printr-o moderare a distoniei vegetative a întregii stări generale organice respective, la scurtă vreme după actele operatorii.

Pe aceste elemente bio-fiziologice cît mai ales pe rezultatele clinice concrete pe care le-am obținut, se bazează astăzi după atîția ani de aplicare și urmărire, metoda de tratament a parodontopatiei esențiale, **prin împănări ale septelor inter-alveolare cu homo-implante de « os minerale ».**

Procesul biologic al implantelor

Odată ce implantul se află împănat în masa septului interalveolar, el va da loc la acest nivel la o serie de procese cu totul particulare.

În jurul lui la scurt interval după implantarea în țesutul osos, se produce **un proces de vasodilatație cu rol de topire și asimilare a masei sale minerale.** Acest proces care durează aproximativ 70—80 zile se trădează atît pe imagini radiografice făcute din timp în timp după operație, cît și prin elementele clinice pe care în unul din capitolele precedente le-am menționat ca accidente ale epocii de convalescență, elementele odontale mobilizîndu-se mult mai accentuat decît în starea lor preoperatorie.

Procesului de **activare circulatorie și topire resorbtivă** a masei implantului îi urmează **fenomenul mutației și apoziției,** în sensul depunerii în structura osoasă a alveolei corespunzătoare și a celor vecine a materialului mineral dat de masa implantelor, favorizînd astfel **recondensarea traveelor osului alveolar** ca și reducerea la maximum a spațiului alveolo-odontal, iar clinic o tendință din ce în ce mai evidentă de refixare a elementelor odontale mobilizate prin procesul evolutiv al maladiei. Această refixare este în raport mai ales cu stadiul evolutiv în care am surprins procesul parodontopatic.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 83 — $S_1S_2S_3$ din zona alveolară; distrofie de sept; înainte de operație.

Fig. 84 — Septurile cu implantele introduse după operație.

Fig. 85 — Fenomenele de asimilare ale implantelor.

Fig. 86 — Implantele pe cale de dispariție.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 87 — În septul S_2S_3, implantul asimilat și fenomenele de mutație în evoluție; în septul S_1S_2, un halo împrejurul conductului (20.I.1966).

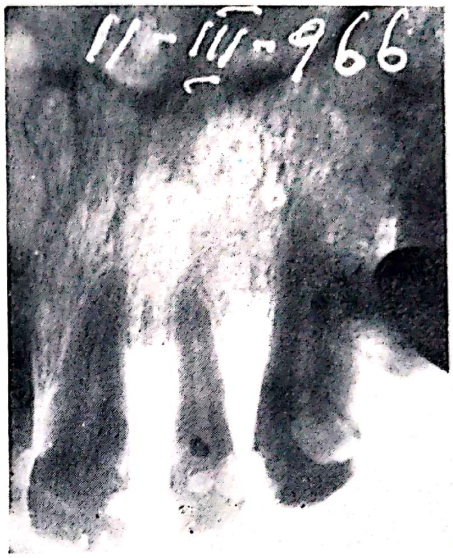


Fig. 88 — Fenomene de apoziție și de condensare (11.III.1966).

Dovezile de asimilare a implantului de „Os-Minerale"

Acest fenomen este dovedit de 3 elemente:

a) Elementul radiologic

Un element definit ni-l oferă aspectul focarului pe imaginile radiografice:

— hiperemie de jur împrejurul implantului — trădată la cîteva zile după operație pe filme printr-o zonă discretă de rarefacție, de estompare, adică de mai puțină opacifiere a osului;

— topirea progresivă a implantului cu tendință de dispariție apărînd pe imagini între masa sa și peretele conductului un spațiu gol care se accentuează din ce în ce;

— apoi dispariția transplantului aproximativ între 120—150 zile, lăsînd goală cavitatea conductului în care el a fost implantat, cavitate și zonă care devin sediul unor fenomene active de mutație și apoziție minerală, recondensînd structura osului alveolar.

b) Elementul biologic și clinic

Deseori sindromul parodontopatic îl găsim asociat, așa precum am menționat în unul din capitolele de mai sus, cu o altă maladie tot ca o consecință a deminera-

lizării și în special a decalcificării organismului — este **tetania latentă.** Or, după operația aplicată parodontopatiei esențiale, împănînd septurile interalveolare cu implante de « os minerale », simptomele clinice fruste — Kvosteck și Weiss — sau chiar și cele manifeste ca Trousseau, ale tetaniei, **dispar imediat** la cîteva zile, numai, de la operație, **fără nici un alt tratament.** Totodată și **cefaleea** pe care o suportă unele paciente numai cu 7—10 antinevralgice zilnic, **dispare** după aceste operații remineralizante **fără nici un alt remediu.**

De asemenea, prin control biochimic constatăm că și calcemia încearcă modificări evidente și apreciabile. Fie că preoperator ea era diminuată sau se găsea în limitele normale, după operație ea crește mult față de cea anterior operației, așa cum reiese din tabelul de la pag. 184: « Acțiunea remineralizantă și calcemia, realizate prin implantele de „os minerale" ».

c) **Starea generală a organismului** se îmbunătățește evident. Este cunoscut cîtă contribuție aduce elementul mineral în general și în special cel calcic pentru multiplele funcțiuni din complexitatea vieții organice și ce rol are ionul calciu la moderarea, stimularea și echilibrarea funcțiunilor neurovegetative, care stau la baza vitalității și troficității țesuturilor organice. Or, la cîtva timp de la operații, parodontopații sub acțiunea acestui element încearcă o schimbare pozitivă în starea lor organică. Se simt (așa cum relatează ei) parcă mai ușor, mai vioi, calmi și mult echilibrați în activitatea lor. De unde înainte de operație sufereau de insomnii și adormeau numai cu somnifere, după operație de abia așteptau să ajungă seara ca imediat cum se culcă să și adoarmă, își capătă un somn liniștit, odihnitor, le revine pofta de mîncare, încep a crește în greutate etc.

Dovada fixării substanțelor minerale în structura rarefiată a parodontului

Acest fenomen ne este demonstrat evident și definit de procesul recondensării osoase a pereților alveolari trădată atît pe imaginile radiografice, pe care după 6—8 luni de la operație se vede această recondensare în traveele structurale a pereților alveolari, cît mai ales această recondensare a osului alveolar este manifestată clinic printr-o refixare a elementelor odontale din ce în ce mai accentuată. Fenomenul refixării lor survine aproximativ spre sfîrșitul lunii a 4-a și se accentuează din ce în ce în decursul celei de a 5—6 luni — timp necesitat de ciclul fenomenului a asimilației și mutației minerale care se petrece în focarul operat (fig. 89, fig. 89 a, și 89 b).

Un aspect concludent al recondensării osului alveolar, prin implant, rezultă din fig. 89, 89 A și 89 B.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 89

Fig. 89 A

Fig. 89 și 89 A — Grup odonto-parodontal mandibular drept înainte și după aproximativ 4 ani.

Nici un element doveditor nu este mai demonstrativ și mai convingător și nu ne-a încurajat și condus cu mai multă hotărîre în aplicarea acestei metode, ca fenomenul acesta al refixării unor grupe odontale care prezentau o mobilitate uneori chiar jenantă în actele funcționale odonto-bucale, bineînțeles aceasta după stadiul evolutiv al maladiei, adică după raportul dintre segmentul intra-alveolar și cel extra-alveolar al elementului odontal.

În adevăr, este un fapt greu de dovedit prin cuvinte scrise, vorbe sau alte probe, ce rezultate aduce după ea această metodă operatorie și de tratament. Numai urmărind parodontopații operați, luni și luni prin simpla observație clinică, ne putem convinge de efectele acestei metode. Încă o dată subliniez: **nu putem**

Scanned with OKEN Scanner

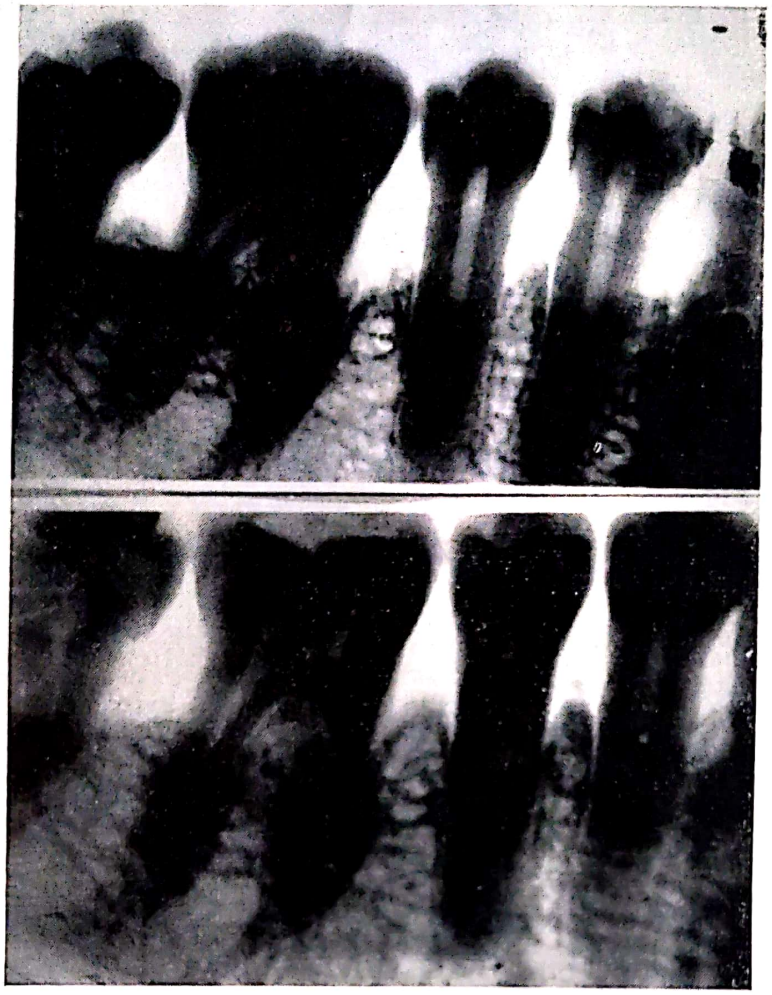


Fig. 89 *B* — Distrofia osului alveolar în zona premolarilor inferiori — dreapta, înainte de operaţie. ***a*** — Recondensarea după operaţie. ***b*** — Zonă odontoalveolară mandibulară dreaptă.

a) distrofia osului alveolar, înainte de operaţie; *b)* aceeaşi zonă, la 3 ani după operaţie. Se vede aici un fenomen foarte important. În ultimul sept — între d_7 şi d_6, nu am introdus implant de os. Lipsă de condensare osoasă.
Dovada concludentă a rolului omoimplantelor în fenomenele de recondensare a osului alveolar, supus actelor operatorii (un aspect radiologic comparativ rar întîlnit, atît de evident şi de concludent).

prezenta dovezi mai concludente asupra celor afirmate, decît cazurile operate ca şi rezultatele clinice obţinute. Cele mai impresionante cazuri, atît prin starea parodontopatică cu aspecte din cele mai grave, cît şi prin starea generală şi în special psihopatică, după cîteva luni, ne-au prezentat nişte rezultate din cele mai satisfăcătoare.

În legătură cu actul împănărilor în septul interalveolar şi fenomenele recondensării alveolare, s-ar putea pune o chestiune de ordin critic foarte importantă, adică — de ce pentru a determina recondensarea parodontului este nevoie ca transplantul să fie numaidecît împănat în septul interalveolar şi nu în altă regiune a

organismului, căci din moment ce el suportă asimilarea, el trece în economia generală și poate să-și depună aportul mineral și la nivelul alveolei în proces de distrofie?

Acestei întrebări — ipoteze — îi opunem următoarele considerații.

Dacă transplantul este implantat în altă regiune decît aceea în distrofie, el se asimilează, iar produsul acestei asimilații minerale va determina, așa cum normal se întîmplă, o ridicare în **titrul umoral** al calciului, fosforului, silicaților etc., combătînd astfel fenomenele fiziopatologice ale stărilor demineralizante.

Dar nici un factor nu va face ca organismul să dirijeze cu precădere acest aport mineral spre zonele în distrofie avansată, determinînd la nivelul parodontului o recondensare structurală. Transplantul de la distanță cel mult va atenua incitațiile neurovegetative ca și deplasările minerale din asemenea focare, dar în nici un caz nu va provoca **fenomene inverse** celor maladive adică de **apoziție** și **recondensare** pe care le determină transplantele împănate chiar în aceste focare.

De altfel, acestea ni le pot confirma toți cei care tratează parodontopatia prin calciterapie masivă, administrată fie **per os** sau prin injecții, ei neobținînd prin acest mod de tratament nici o modificare mai mult sau mai puțin apreciabilă în sistemul parodontal în procese distrofice evolutive.

Transplantul împănat în septul interalveolar însă, prin masa sa reprezintă un **aport mineral** depozitat tocmai la nivelul zonei în proces de destrămare minerală. Iar prezența lui în peretele alveolar nu numai că va favoriza fenomenul de mutație minerală din masa transplantului depunîndu-l în traveele osoase, ci prin prezența și calitatea sa minerală chiar în masa osului alveolar în distrofie va acționa în special ca o spină **incitatorie specifică de remineralizare,** adică specifică factorului incitator care este implantul, solicitînd organismului, și stimulîndu-i fiziologic, potențialul său de refacere, prin care el să-și mobilizeze rezervele sale remineralizante spre zonele în care se găsesc aceste implante, adică **spre structura parodontului distrofic.**

Iată deci cum — **acțiunilor anormale incitatorii neurovegetative care în ansamblul lor duc la procese distrofice,** de demineralizare și destrămare structurală, a pereților alveolari și alterații a vitalității și troficității mucoasei și proceselor gingivale, — prin această metodă reușim să opunem acestor stări patologice distructive, o **stare inversă,** adică de reactivare și redresare atît funcțională cît și organică.

Ceea ce realizăm la acest nivel biofiziologic este o stare opusă celei maladive, care constă într-un proces de reactivare fiziosomatică, prin care activare favorizăm:

a) **fenomenul asimilației transplantului** introdus în grosimea septului interalveolar, apoi al **mutației și depunerii minerale** în structura traveelor osoase locale;

b) **o spină incitatorie specifică activă** de stimulare a fenomenelor remineralizante prin care se face apel și la rezervele mineralizante ale potențialului fizioso-

Scanned with OKEN Scanner

matic ale organismului respectiv, care se găsesc în stare de apatie tocmai prin caracterele generale ale maladiei de a avea o diminuare a vitalității și troficității lor organice; și

c) **prin activarea circulatorie,** o accentuare a fenomenelor de **oxido-reducere locală,** care va stimula și activa redresarea integrității structurale și vitale a celulelor și țesuturilor organice la nivelul parodontului, redresîndu-le din starea lor de **apatie organică** spre o vitalitate și troficitate cît mai aproape de cea normală.

În acest mod, se ajunge a se înlocui — o acțiune incitatorie distructivă prin care se produce deplasarea elementului mineral și dezorganizarea structurii alveolare ca și degradarea întregului suport parodontal prin procese apatice de evoluție distrofiantă, consecința unor fenomene de diminuare a vitalității și troficității organice, — cu o acțiune incitatorie inversă, manifestată printr-un proces circulator activ, de o activare a vitalității și troficității tisulare ca și de aport, de apoziție remineralizantă a organului parodontal, care recondensînd structura sistemului alveolar și consolidînd suportul static și funcțional odontal — parodontul — se asigură și o refixare a sistemului odontal a cărui stabilitate devenise amenințată prin procesele distrofiei parodontopatice.

Acțiunea remineralizantă și de redresare a calcemiei, realizată cu ajutorul implantelor de „Os-Minerale"

Valoarea implantelor atît a celor din septurile interalveolare ca și a celor suprapubiene sau presternale este considerabilă și pentru alte considerații decît cele strict locale, care trebuie luate în considerație atunci cînd vorbim de problema calcemiei și rolul ionului calciu ca și a altor minerale în viața economiei organice.

Astfel, atunci cînd sînt supuse tratamentului stările demineralizante parodontopatice, tetaniforme etc., care evoluează cu aspecte foarte variate și complexe, trebuie să nu pierdem din vedere că aceste stări nu sînt datorite, așa cum este prea bine dovedit, numai unei carențe calcice sau a complexului calciu-fosfor a organismului respectiv, ci atîtor alte minerale cu rol deosebit de important în viața elementelor și sistemelor structurale organice ca și Ph și Ca, cum sînt ionii de fluor, magneziu, iod, siliciu etc. **De aceea considerăm că nici o altă metodă nu va putea administra concomitent și masiv principii biochimice minerale ca să satisfacă dintr-o dată și într-un ansamblu armonios aceste nevoi ale organismului în cauză ca această metodă.** În adevăr, prin faptul că această metodă preconizează introducerea chiar în masa structurii osoase ca și în masa hipodermică a unor **fragmente minerale complexe,** adică implante care minus partea organică **își păstrează integral**

compoziția minerală a osului, deci avînd toate elementele minerale care deja au mai trecut pînă la depozitarea lor prin filtru organic de asimilare și apoi precipitarea în trama organică a viitorului os. Atît implantele mici ca și cele mari prin calitățile, compoziția și prezența lor intratisulară vor activa unele funcții perturbate și unele structuri organice locale sau generale alterate, tocmai prin diminuarea sau lipsa acestor elemente minerale, **iar prin fenomenul topirii și asimilației implantelor se va crea corectivul mineral complex foarte necesar reechilibrării funcțiilor organismului respectiv.**

Pe aceste considerații bazăm **aportul și valoarea tratamentelor medicale concomitente asociate operațiilor noastre** prin vitaminoterapia *, hormonoterapia ** etc. care prin valoarea principiilor pe care ele le aduc — **contribuie să favorizeze, să stimuleze, apoi să consolideze fenomenele asimilării implantelor, a depunerilor și a fixării elementelor minerale în structurile organice și în special în zonele cu solicitare maximă provocată de spinele incitatorii specifice remineralizării din septurile interalveolare.**

Pentru a ilustra aportul redresării minerale a umorilor organice prin aplicarea principiului împănărilor cu omo-implante « os minerale » a septelor interalveolare ca și hipodermic, alăturăm tabelul evoluției calcemiei controlată din cînd în cînd și la intervale variabile a unui număr de parodontopați operați — unii numai local adică alveolar iar alții și cu implantele mari. Acest control n-a fost posibil să fie făcut după o normă definită și sistematică căci nici condițiile tehnice ale laboratorului nu ne-au permis aceasta și nici pacienții operați după ce s-au văzut vindecați nu ne-au ajutat în punerea la punct a acestei probleme. De aceea noi le redăm întocmai așa cum am avut posibilitățile să le obținem.

În tabelul următor cu verificări umorale vorbim numai de calcemie pentru că noi elementul calcic l-am căutat și dozat ca cel mai concludent, a cărei tehnică am considerat-o ca fiind cea mai ușoară de aplicat. Totuși nu trebuie exclus că la fel de concludente ar fi putut fi cercetarea și dozarea oricărui mineral cu rol poate tot atît de important în fiziopatologia organică. Noi n-am făcut asemenea cercetări nu din nesocotirea valorilor lor, ci numai din cauza unor condiții foarte dificile de lucru, de aceea ne-am mulțumit numai cu verificarea calcemiei.

---

* Vitamina PP ar favoriza procesul de osificare; Vit. B complex ar stimula fosfataza, care prin fenomenele de cataliză contribuie la precipitarea fosfatului tricalcic, fenomen esențial în procesele osteogenetice; Vitamina C ar contribui la polimerizarea substanței fundamentale făcînd-o aptă precipitării în ea a depozitului mineral; Vitamina D stimulează depunerea elementelor minerale (calciu, fosfor, siliciu, mangan etc.) în masa fundamentală.

** Hipofiza printre alți hormoni elaborează și hormonul somatotrop, care are rolul să stimuleze în special activitatea fosfatazei.

Scanned with OKEN Scanner

Calcemie preoperatorie		Calcemia după operaţiile alveolare	Data operaţiei complementare	Calcemia după operaţia complementară
D.E. 36 ani	7,88%	9,60%	14.IV.1951	12.V.1951 — 10%
D.C. 29 ani	7,80%	9,82%	16.III.1951	10.IV.1951 — 10,77% 25.IV.1952 — 11%
Al. M. 47 ani	7,4%	8,60%	20.IV.1954	1.VI.1954 — 9,2% 26.VII.1954 — 8,7%
G.V. 47 ani	7%	8,4%	2.VII.1954	31.VIII.1954 — 8,8% 20.IX.1954 — 9,32%
V.V. 37 ani	7,2%	8,8%	10.III.1955	6.V.1955 — 9,85%
S.L. 27 ani	8%	9,10%	16.III.1952	25.IV.1952 — 9,85% 13.VIII.1952 — 10,15%

Fig. 90 — Cîteva exemple de parodontopatii esenţiale, cu stări hipocalcemice redresate.

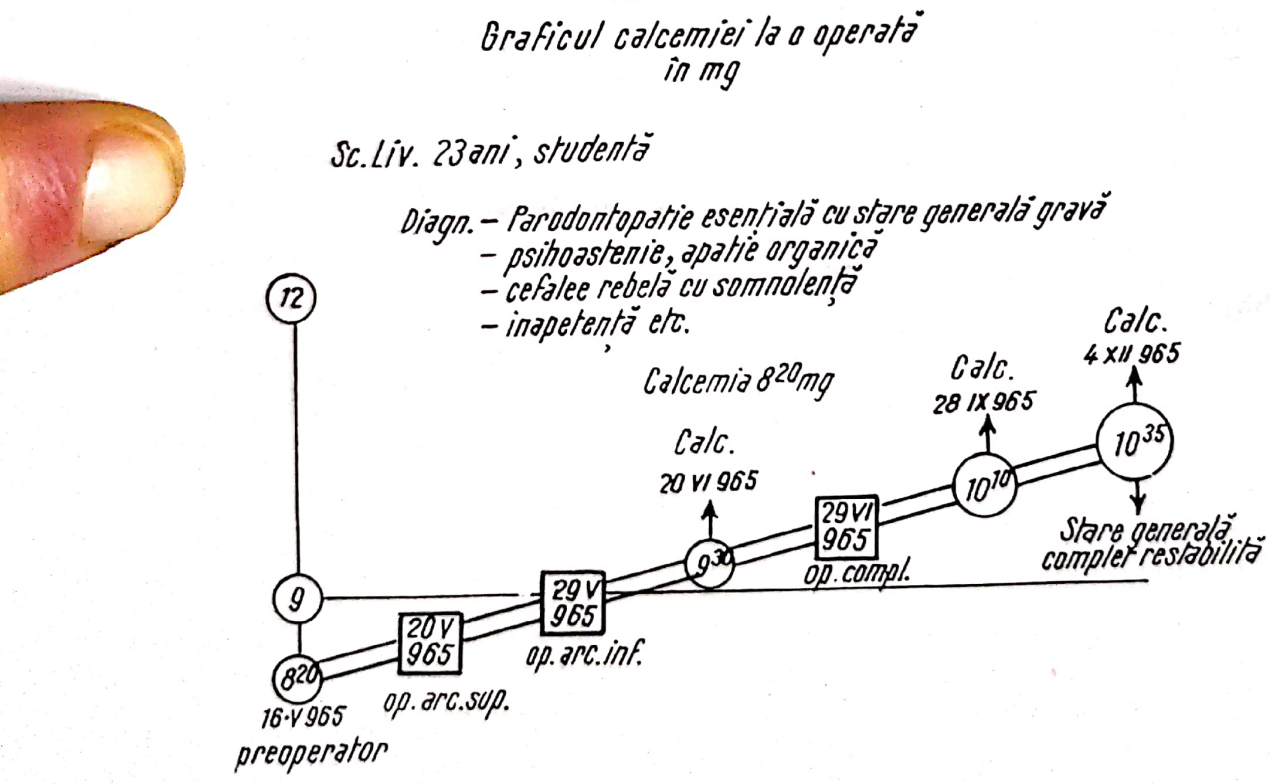


Fig. 90 A — Un grafic care arată evoluţia evidentă a calcemiei la un parodontopat — după operaţiile locale şi complementare.

Calcemia s-a efectuat **à jeun** prin proba Krammer-Tiesdall atît înainte de operație, recoltînd sîngele chiar în dimineața operației, ca și la diverse intervale după operații, așa după cum este specificat în dreptul fiecărui caz.

Nr. crt.	Numele bolnavului	Pre-operat Ca în mg%	Operat bucal	Controlul calcemiei în mg% postoperator	Operat implant hipoderm	Controlul calcemiei la diverse intervale în mg%
1	2	3	4	5	6	7
1	D. 36 ani, contabil	9,10	25.V.1951	3.VII.1951=9,90	—	—
2	E.V. 42 ani, casnică	8,10	27.III.1951	16.V.1951=9,70	17.V.1951	2.VII.1951=10,40 26.X.1951=10,60
3	Dur. 36 ani, casnică	7,88	2.III.1951	13.IV.1951=9,60	14.IV.1951	12.V.1951=10
4	T.D. 38 ani, funcț.	8,80	28.IX.1951	3.XI.1951=9,30	—	
5	C.G. 42 ani, casnică	8,72	28.IX.1951	6.XI.1951=9,80	—	
6	D.E. 35 ani, casnică	8,60	28.IX.1951	6.XI.1951=9,50	—	
7	D.C. 29 ani casnică	7,80	10.II.1951	15.III.1951=9,82	16.III.1951	10.IV.1951=10,77 25.IV.1951=11
8	S.N. 36 ani, funcț.	8,66	28.IX.1951	6.XI.1951=9,40	—	
9	P.E. 37 ani, funcț.	9,40	15.III.1951	20.IV.1951=10,05	—	
10	F.N. 42 ani, casnică	8,60	3.XI.1951	5.I.1952=9,75		
11	St. N. 40 ani, prof.	10	25.V.1951			
12	M.C. 39 ani, funcț.	8,96	20.III.1951	16.V.1951=9,50		
13	C. 42 ani, funcț.	9,70	18.IV.1951			
14	H. 23 ani, funcț.	8,30	28.V.1951	2.VII.1951=9,82		
15	D.T. 36 ani, casnică	8,60	28.V.1951	30.VI.1951=9,55		
16	Nic. 41 ani, casnică	8,50	24.IV.1951	18.V.1951=9,48		
17	S.L. 27 ani, artistă	8	4.II.1952	15.III.1952=9,10	16.III.1952	25.IV.1952=9,85 13.VII.1952=10,15
18	D.C. 40 ani, funcț.	8	9.I.1952	29.II.1952=9,20		
19	Al. S. 42 ani, inginer	8,4	10.IV.1952	20.V.1952=9,75		
20	M.E. 39 ani, casnică	8,20	23.I.1952	15.II.1952=9,50	16.III.1952	18.V.1952=10,15

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	Numele bolnavului	Pre-operat Ca în mg%	Operat bucal	Controlul calcemiei în mg% postoperator	Operat implant hipcderm	Controlul calcemiei la diverse intervale în mg%
1	2	3	4	5	6	7
21	V.M. 41 ani, casnică	11	8.V.1952	23.VI.1952=11,40		
22	M. 52 ani, inginer	10	8.V.1952	23.VI.1952=10,75		
23	P.Gh. 42 ani, ing.	11,20	11.V.1952	—	—	
24	T.Z. 42 ani, funcț.	10,80	11.V.1952	29.VI.1952=11,30		
25	C.L. 38 ani, funcț.	10,60	11.V.1952	—	—	
26	Vul. 43 ani, contabil	8,60	13.V.1952	27.VI.1952=9,80		
27	D.I. 44 ani, avocat	8,80	13.V.1952	16.VI.1952=9,90		
28	V.S. 24 ani, funcț.	8,40	17.XI.1952	30.XI.1952=8,80	31.XI.1952	3.I.1953=9,75
29	J. 45 ani, contabil	10	11.X.1952	—		
30	L.A. 30 ani, ing. funcț.	7,89	8.VI.1952	22.VII.1953=10,40 4.VIII.1953=10,60		
31	C. Sol. 31 ani, funcț.	9,12	15.VI.1953	—		
32	M.M. 45 ani, funcț.	8,4	4.VIII.1953	—		
33	D.E. 40 ani, casnică	9	10.XI.1953			
34	Gr. Oct. 34 ani, arhitect	8	16.I.1954	2.II.1954=9,20		
35	L.M. 41 ani, cas.	8,4	2.IV.1954	15.V.1954=9,50		
36	St. 40 ani, inginer	10	2.IV.1954	—		
37	Al. M. 44 ani, profes.	7,4	13.IV.1954	20.IV.1954=8,60	20.IV.1954	1.VI.1954=9,2 26.VIII.1954=9,7 15.X.1954=8,8
38	J.C. 42 ani, cas.	9	4.V.1954			
39	C.E. 37 ani, ing. agr.	8,8	4.V.1954	15.VI.1954=9,90		
40	N.L. 30 ani, funcț.	8,2	4.V.1954	21.V.1954=8,4	22.V.1954	24.XI.1954=9,8 3.XI.1955=10,15
41	B. 29 ani, funcț.	9,6	21.V.1954	18.VI.1954=10,2		
42	P.A. 41 ani, casnică	8	28.V.1954	26.VI.1954=9,8		
43	D.G. 43 ani, casnică	9,2	28.V.1954	29.VI.1954=10,4		
44	St. El. 47 ani, funcț.	8,8	28.V.1954	3.VII.1954=9,75		

Scanned with OKEN Scanner

1	2	3	4	5	6	7
45	R. 43 ani, casnică	9	1.VI.1954	14.VIII.1954=9,6		
46	G.V. 47 ani, funcț.	7	4.VI.1954	1.VII.1954=8,4	2.VII.1954	31.VIII.1954=8,8 20.IX.1954=9,32
47	D.E. 30 ani, casnică	7,6	4.VI.1954	17.VII.1954=8	18.VII.1954	6.IX.1954=8,7
48	J.E. 35 ani, casnică	10	8.VI.1954	17.VII.1954=10,5		
49	H.S. 41 ani, prof.	8,2	8.VI.1954	16.VI.1954=8,4	17.VI.1954	20.VIII.1954=9,8
50	P.M. 38 ani, casnică	9	8.VI.1954	16.VI.1954=9,4	17.VI.1954	20.VIII.1954=10,10
51	J.E. 27 ani, funcț.	8,6	11.VI.1954	16.VI.1954=8,8	17.VI.1954	15.IX.1954=10,35
52	R.B. 40 ani, prof.	8,6	22.VI.1954	15.VII.1954=9,4	16.VII.1954	3.IX.1954=9,95
53	P.E. 48 ani, casnică	8,8	22.VI.1954	1.VII.1954=9,5	2.VIII. 1954	6.VIII.1954=10 15.IX.1954=10,4
54	T.S. 34 ani, casnică	8,2	29.VI.1954	7.IX.1954=8,6		
55	A.G. 39 ani, funcț.	8,2	20.VIII. 1954	10.IX.1954=9,6		
56	C.V. 37 ani, funcț.	9,2	31.VIII. 1954			
57	B.I. 45 ani, casnică	8,8	31.VIII. 1954			
58	B. 41 ani, prof.	8,6	3.IX.1954			
59	Sch. 44 ani, casnică	9	7.IX.1954			
60	R.L. 43 ani, funcț.	8,2	7.IX.1954			
61	Gh. C. 47 ani, prof.	7,4	14.IX.1954	20.IX.1954=8,4	21.IX.1954	28.X.1954=9,10 17.II.1955=9,8
62	St. P. 42 ani, prof.	8	1.X.1954	26.X.1954=8,8	27.X.1954	14.XII.1954=10 25.I.1955=10,4
63	A. Fl. 43 ani, casnică	9,22	2.XI.1954	10.XII.1954=9,8		
64	R. St. 31 ani, funcț.	7,96	16.XI.1954	14.XII.1954=8,4	15.XII. 1954	25.I.1955=8,5
65	N.P. 45 ani, casnică	8,10	17.XII. 1954	3.I.1955=8,8	4.I.1955	6.V.1955=9,2
66	R.T. 31 ani, funcț.	7,8	4.I.1955	25.I.1955=8,10	26.I.1955	10.IV.1955=9,45
67	L.F. 31 ani, funcț.	11	10.I.1955	8.III.1955=11,35		
68	V.V. 37 ani, casnică	7,2	23.I.1955	9.III.1955=8,8	10.III.1955	6.V.1955=9,85

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	Numele bolnavului	Pre-operat Ca în mg%	Operat bucal	Controlul calcemiei în mg% postoperator	Operat implant hipoderm	Controlul calcemiei la diverse intervale în mg %
1	2	3	4	5	6	7
69	M. Fl. 30 ani, contabil	10	4.II.1955			
70	D.E. 30 ani, chimistă	10,8	4.II.1955			
71	P.N. casnică	9,2	6.IV.1955			
72	M.L. 43 ani, casnică	7,6	6.IV.1955			
73	D.C. 34 ani, casnică	8,6	24.VI.1955			
74	Tap. Fl. 26 ani, funcț.	8,4	5.VII. 1955			

Vedem din datele de mai sus, obținute toate în aceleași condiții de recoltare și dozare și numai de una și aceeași persoană, controlate și confruntate din cînd în cînd și cu date obținute prin analiza aceluiași ser și de alți chimiști din alte instituții, **că calcemia suportă o urcare netă și evidentă după operațiile făcute.** Atît cei cu hipocalcemii capătă un titru calcemic mult crescut față de starea preoperatorie cît și cei cărora le-am găsit o calcemie în limitele normale suportă de asemenea o creștere a stării lor minerale.

Calcemia crește și se menține îndelungat mai ales la cei cărora li s-a introdus implantul masiv presternal sau suprapubian.

Prin realizarea acestor condiții biochimice ca și prin consecințele lor fiziosomatice de dispariție a diverselor manifestări legate de o diminuare sau o carență calcică și minerală în general considerăm că operațiile acestea atît cea alveolară ca și cea pentru implantul masiv realizează un obiectiv foarte important dacă nu chiar cel mai important în cadrul principiilor de asistență a parodontopatiei esențiale.

Scanned with OKEN Scanner

INDICAȚIILE, TEMPORIZAREA ȘI CONTRAINDICAȚIILE METODEI NOASTRE OPERATORII

Problema stadiului evolutiv în care poate fi operată o parodontopatie esențială

În decursul celor peste 35 de ani, operînd și tratînd, în sensul celor arătate în capitolele precedente, parodontopatii esențiale în orice stadiu de evoluție a distrofiei, — după un număr de cîteva mii de cazuri urmărite îndeaproape zi cu zi și an de an, am ajuns să obținem unele concluzii de ordin terapeutic deosebit de importante atît pentru noi cît mai ales pentru cei care vor căuta să practice metoda noastră.

În esență așa precum am arătat, **metoda noastră are drept scop terapeutic două obiective — unul să oprească procesul distrofic al complexului alveolo-ligamento-gingival și apoi să determine la acest nivel un proces invers celui distructiv, adică de reactivare a vitalității și troficității tisulare și în special a remineralizării și recondensării structurale a pereților alveolari în sensul unui calos osteo-alveolar periodontal.**

Deci, ca să asigurăm determinarea unor procese recondensatorii în suportul static și funcțional al odontului — reprezentat de pereții alveolei odontale, trebuie **ca mai întîi** să existe acest perete și în al doilea rînd este absolut necesar **ca alveola existentă să fie suficient de profundă pentru ca prin înălțimea pereților ei să permită provocarea fenomenelor de activare, mutație și recondensare minerală.**

Înălțimea pereților alveolari pe lîngă că favorizează fenomenele menționate dar are și marele rol de a limita mobilitatea anormală a odontului, care mobilitate apare în diverse grade imediat ce a fost lezată înălțimea pereților alveolari prin evoluția procesului distrofic. Cu cît distrofia va leza mai mult din înălțimea pereților alveolari cu atît se va accentua mobilitatea ca și deplasările migratorii odontale.

Scanned with OKEN Scanner

Atunci cînd aceste două elemente de manifestare devin exagerate prin evoluția prea înaintată a proceselor distrofice — **ele vor face îndoielnice rezultatele satisfăcătoare** ale eforturilor noastre operatorii și de tratament. De aceea trebuie să fim foarte atenți cînd avem de luat o atitudine operatorie. Să știm exact dinainte la ce ne așteptăm prin aplicarea metodei operatorii și spre a nu crea neplăceri și a provoca celui în cauză pe lîngă inutile suferințe și mari dezamăgiri.

Nesocotirea lor ar putea atrage după ele prin eșecul operator grave răspunderi și repercusiuni asupra noastră.

Mobilitatea odontală în special, este elementul care mai întîi alături de supurația pioreică atunci cînd ea există, trădează prezența și evoluția proceselor distrofice ca și gravitatea și stadiul lor de evoluție. Tot ea mai tîrziu **ne ghidează și la interpretarea rezultatelor pe care le determină fenomenele mutației minerale.**

Reducerea acestei mobilități odontale constituie scopul fizio-structural al operației. Reducerea mobilității dacă nu se poate realiza, din cauza distrucțiilor avansate, pînă aproape de fixitatea odontală absolută, cel puțin ea trebuie să se **apropie numaidecît de starea unei refixări relative care,** în raport cu mobilitatea odontală preoperatorie, să fie mult mai evident realizată.

Realizarea acestui obiectiv și fizio-structural ca și clinic în special, va contribui **să definească rezultatul pozitiv al metodei noastre operatorii.**

În vederea realizării acestor obiective, totdeauna se **impune a aplica un tratament chirurgical îmbinat cu cel medical bine analizat în detaliile anatomopatologice, radiologice și clinice.** Atitudinea terapeutică se poate decide numai prin studiul elementelor radiografice și anatomo-clinice **care stabilesc stadiul evolutiv al distrofiei parodontului.** Numai în raport cu stadiile evoluției distrofice în care am surprins maladia, descrise în alt capitol, **se poate stabili o indicație justă de tratament.**

În raport cu fiecare din cele 4 stadii descrise ale distrofiei parodontului vom avea de ales și de aplicat una din următoarele atitudini și comportări terapeutice.

A. **Parodontopatiile în stadiul IV, apical sau final, — stadium apicale** — adică atunci cînd distrofia a redus profunzimea alveolei atît încît elementul odontal respectiv de abia dacă își mai are segmentul său apical implîntat în ea — **nu vor beneficia** de actul operației noastre, prin care se caută salvarea elementelor odontale. Asemenea cazuri sînt considerate din punct de vedere al acestei metode, ca **inoperabile.** Elementele odontale respective (fig. 91) nu au nici o șansă să mai fie salvate. Sînt cazurile indicate net avulsiei lor, urmată de **alveolectomie plastică regularizantă preprotetică,** adică **pregătitoare aplicării protezelor imediate.**

Date fiind constatările făcute și pe astfel de cazuri ca și pe diverse cranii, cum **că evoluția proceselor distrofice nu încetează** (fig. 11), așa cum s-a crezut, după avulsia

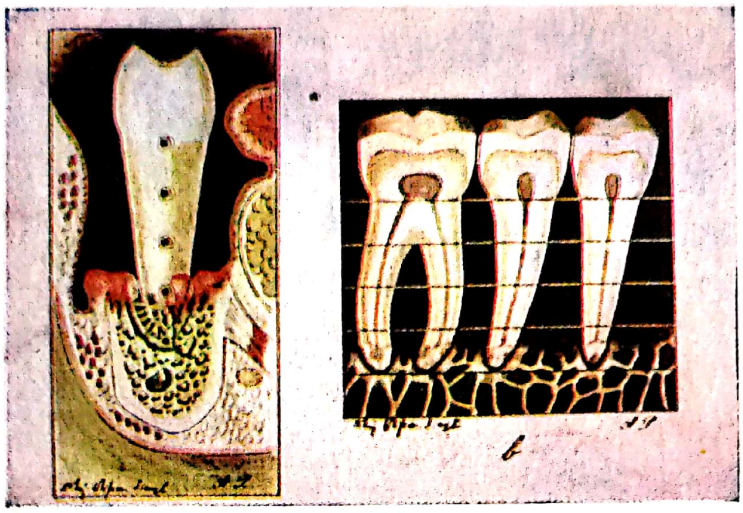


Fig. 91 — Parodontopatie esențială în stadiul al IV-lea « apical ».
a) aspect anatomo-patologic; b) aspect radiologic.

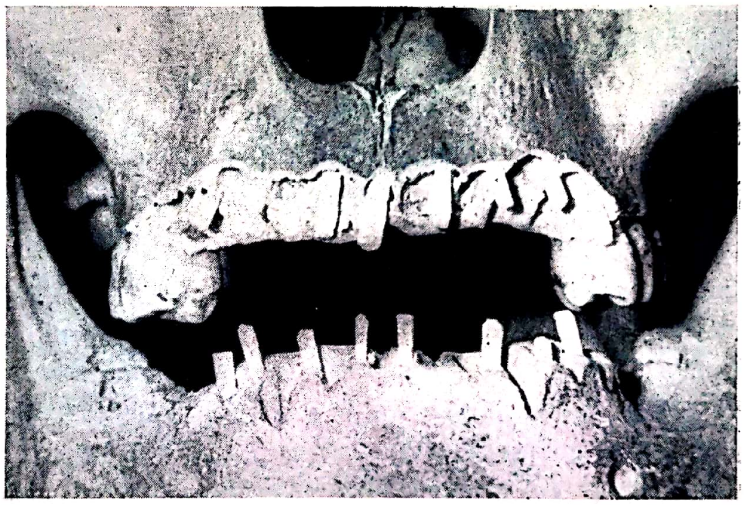


Fig. 92 — Aspect osteologic al implantelor care completează alveolectomia plastică preproteică.

elementelor odontale din focarele distrofiei parodontopatice, noi preconizăm după extracția lor **alveolectomia, completată cu împănarea cu omo-implante, « Os minerale » în fiecare bază de sept interalveolar** (fig. 92), aceasta cu scopul opririi evoluției distrofice ca și a consolidării structurii alveolo-maxilare încă rămase.

Dacă astfel de stadii le întîlnim numai parțial, adică la o alveolă sau la un grup alveolar, în unele arcade alveolo-odontale, ale căror leziuni în general nu sînt prea avansate, elementele odontale, compromise în fixitatea lor, trebuie extrase, de preferat, în epoca pregătirii preoperatorii, deoarece expulzarea lor în timpul

Scanned with OKEN Scanner

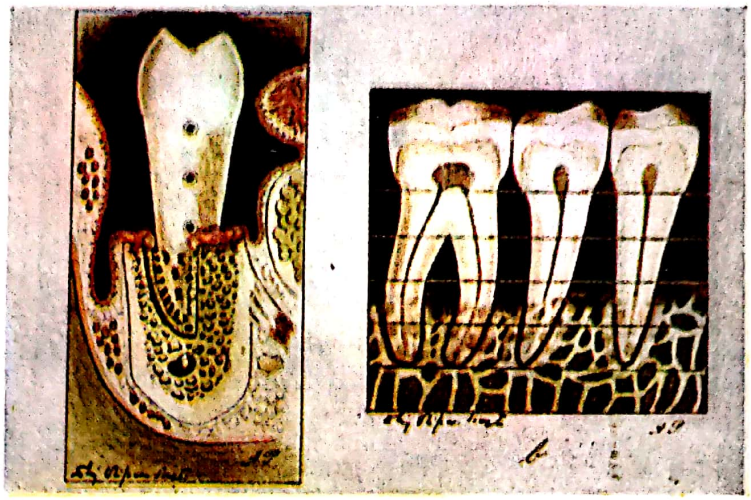


Fig. 93 — Stadiul al III-lea evolutiv « pre-apical ».

operației aduce multă jenă mersului timpilor operatori, prin sîngerările abundente pe care le determină. În timpul operației, bineînțeles, trebuie să avem grijă însă ca focarul respectiv să fie operat după aceleași reguli ca oricare focar parodontopatic.

B. **Parodontopatiile în stadiul trei sau pre-apicale — stadium pre-apicale** — comportă variate atitudini dictate în special de gravitatea mobilității odontale.

În asemenea cazuri, deși imaginile radiografice ne arată că mai mult de 1/2 din înălțimea suportului alveolar a dispărut, procesul evolutiv activînd în plin segment pre-apical (fig. 93), totuși deși odonții își au amenințată statica în alveole, nu totdeauna renunțăm la aceștia, eliminîndu-i pre-operator. De cele mai multe ori trebuie să **le aplicăm o atitudine chirurgicală de expectativă.** Îi lăsăm, urmînd să le examinăm **de visu** starea lor alveolară în timpul operației atît după decolarea lambourilor și chiuretarea țesutului de granulație ca și după rezecția marginală prin avivare a conturului marginal al alveolei osoase în osteită sau osteoliză, și numai după aceea să decidem una din următoarele trei comportări:

a) Dacă după operație constatăm că alveola după îndepărtarea elementelor supurative și litice — rămîne cu profunzimea pe care ne-o arată preoperator imaginea radiografică, adică în stadiul preapical, mai spre limita lui marginală și nu cea apicală — **cu o prudentă rezervă** trebuie să socotim că totuși s-ar putea determina în pereții ei unele procese de recondensare și apoi într-o măsură oarecum relativă și o reducere a mobilității odontale. De aceea dinții respectivi îi menținem, dar îi supunem unei observații atente și îndelungate pentru ca după 4—5 luni ei singuri să-și hotărască ce atitudine să li se aplice, adică să-i mai păstrăm sau să-i eliminăm.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 94 — Ca urmare a recondensărilor alveolare incisivul central drept superior a suferit o fractură în loc de luxație, sub acțiunea unui traumatism (la 10 luni după operație).

Iată un exemplu de o concludență deosebită pe care-l demonstrează fig. 94. Cu 10 luni anterior, acest grup frontal a fost operat. Deci se afla în stadiul III spre IV, l-am operat cu multă grijă, fiind prea mobil. I s-au aplicat implante în ambele septuri. După 10 luni de la operație pacientul suportă o lovitură accidentală la nivelul incisivului superior. Incisivul drept superior în loc să fie luxat prin actul traumatic, cum ar fi fost normal, datorită fenomenelor de osteocondensare a ultimului segment alveolar rămas, calusul alveolar care i-a prins apexul în masa sa, nu i-a permis luxația ci a favorizat frîngerea rădăcinii imediat deasupra segmentului alveolar condensat. Este o probă evidentă a aportului pe care-l realizează omoimplantele de « os minerale » în osul alveolar bolnav.

În eventualitatea cînd după 4—5 luni de la operație ei vor jena numai printr-o mobilitate oarecum mai redusă în raport cu cea preoperatorie, fără însă să dea loc unor suferințe în diverse acte funcționale, îi menținem și mai departe. Considerăm că am realizat totuși un succes, căci ei, deși cu o fixitate relativă vor fi mai suportabili, în orice caz mai mult decît oricare sistem de proteză, ei aparținînd organic integrant celui operat.

Contrariu, dacă ei prin mobilitatea lor devin insuportabili și mai ales jenează mult actele funcționale bucale, putem ușor să-i eliminăm la orice interval de la operație. Acest interval însă este de dorit ca să nu fie sub 5—6 luni, căci după această dată, cu toate neplăcerile pe care le-au întreținut, ei pot să ne rezerve surprize

Scanned with OKEN Scanner

din cele mai bune, adică să-și reducă mobilitatea devenind suportabili și chiar utilizabili. Multe din asemenea surprize am avut în numărul acesta de cazuri operate.

În principiu, aplicăm atitudinea de expectativă numai atunci cînd cazul parodontopatic are o alveolă sau un grup de 2—3 alveole în asemenea stadii evolutive, restul aflîndu-se indemne sau în stadii distrofice mai favorabile intervenției. **Dacă întregul sistem alveolar se află în stadiul evolutiv preapical nu mai avem nici o justificare a atitudinii de expectativă și aplicăm de la început atitudinea operatorie a punctului c.,** adică avulzia lor, completată cu alveolectomia, împănări cu implante și protezare imediată.

b) Cînd însă, după decolarea lambourilor și extirparea tuturor țesuturilor supurative de la nivelul unei alveole sau a unui grup alveolar, profunzimea acestor alveole s-a redus și mai mult decît ne-o arată imaginile radiografice, procesul distrofic apropiindu-se mai mult de stadiul evolutiv apical, **nu mai trebuie să ezităm,** îi eliminăm numaidecît din focarul operator. Dacă ar fi lăsați ei sau el nu ar fi decît o spină producătoare de dureri și fără nici o speranță de a mai putea fi recuperați.

c) Cînd manifestările anatomo-clinice interesează totalitatea sistemului alveolar, ele găsindu-se după aspectele imaginilor radiografice — fie în stadiul preapical sau și preapical și apical, în asemenea cazuri fără nici o ezitare trebuie să aplicăm fără altă încercare metoda **avulziei odontale și a alveolectomiei** urmată de împănări cu implante a marginii alveolare a maxilarului în zonele în care este posibilă această implantare fără ca ea să lezeze mucoasa sinusului maxilar. Alveolectomia realizată după extirparea țesuturilor supurative, nivelarea rebordului maxilar și mandibular prin rezecția proceselor alveolare este bine să fie completat cu împănarea cu implante, deoarece prin acest act vom reuși să oprim și să stabilizăm resorbția osteolitică care numai prin actul avulziei și a rezecției alveolare nu se oprește. Mult timp s-a crezut și poate că și astăzi se mai crede de unii că numai prin avulzia elementelor odontale din focarele respective, procesele parodontopatice și-ar sista evoluția. Convingerea noastră făcută pe marginea a nenumărate observații este că se comite o interpretare greșită. Două elemente concrete ne sprijină în combaterea acestei greșeli:

● **Primul element:** de foarte multe ori în cursul operațiilor noastre pentru parodontopatie, secționînd și decolînd gingia aparent indemnă la nivelul unor vechi extracții și examinînd osul, am constatat că el se găsea în plină osteoliză. Deci procesul distrofic își continuă sub învelișul mucos activitatea de degradare a structurii osoase.

● **Al doilea element** ni-l demonstrează examinarea mai cu atenție a craniului din fig. 11. Este un craniu care prezintă leziuni osoase evidente de distrofii parodon-

Scanned with OKEN Scanner

topatice. La nivelul locului unde a fost cîndva alveola primului premolar se remarcă un accentuat proces osteolitic, deși se poate lesne aprecia că premolarul respectiv a fost extras de multă vreme. **Așadar reiese clar faptul că avulzia sau lipsa odontului din focar nu contribuie la oprirea și dispariția proceselor evolutive parodontopatice.** Acest element explică, așa cum am mai menționat în altă parte în această lucrare, de ce foștii parodontopați, după pierderea parțială și mai ales totală a elementelor odontale, sînt cei mai nemulțumiți de protezele mobile, tocmai din cauza acestei continue resorbții sau osteolize a rebordurilor alveolare.

După această operație aplicăm proteze restauratorii **alveolo-gingivo-odontale imediate, apoi proteze secundare aplicate la 10—20 zile de la operație,** precedate sau nu de proteza imediată. Iar după aproximativ 6—8 luni cînd suprafața osoasă avivată începe să-și capete un contur osos definitiv, iar protezele secundare încep să fie mobile, pierzîndu-și deci adeziunea față de mucoasă, se schimbă cu **proteza definitivă,** care trebuie să reproducă în chip ideal masa alveolară dispărută prin procesul litic ca și prin actul operator de rezecție și avivare, — redînd regiunii bucale configurația ei în cadrul liniilor armoniei de conformație morfologică și funcțională ca și de estetică facială.

Deoarece această eventualitate parodontopatică este foarte frecventă în practica noastră zilnică și cum ea deseori ne poate pune în încurcături dificile terapeutice, ținem să insistăm ceva mai mult asupra ei, pentru a pune la punct anumite considerații atît de ordin practic ca și teoretic. Asemenea considerații se impun pentru a preciza în mod just ce trebuie să se înțeleagă prin « atitudine de expectativă », fapt care nouă, pînă la definirea ei precisă, ne-a pricinuit multe, chiar foarte multe neplăceri. Cum, pentru cei care vor practica metoda noastră, n-am dori să le încerce la rîndul lor, vrem să le menționăm și chiar să le subliniem pentru luare aminte și aplicare.

Atitudinea de expectativă față de această stare maladivă, o interpretăm ca o comportare mai aparte. Adică atunci cînd leziunile parodontopatice se găsesc într-un stadiu de evoluție limită, cu toată experiența noastră nu putem enunța un prognostic definitiv, căci așa cum unele ne pot da rezultate surprinzător de satisfăcătoare, tot așa altele asistate cu aceeași grijă nu schițează nici cea mai vagă beneficiere operatorie. Prognosticul lor nu este în funcție numai de natura și manierele operației ci și de **modul de reacție** al organismului la incitațiile pe care le creează actele operatorii ale acestei metode. Or, dacă la aceeași tehnică operatorie unele organisme reacționează în sens pozitiv și altele în sens negativ, adică rămîn pasive față de incitațiile create prin actul operator, **desigur că și efectele operației vor fi variabile și în raport strict cu calitatea și intensitatea acestor reacții din partea organismului respectiv.** De aceea dacă chiar și la celelalte eventualități parodontopatice — unde pereții alveolari deși sînt suficienți pentru a se provoca în ei feno-

Scanned with OKEN Scanner

menele de recondensare structurală și osoasă **trebuie totuși să avem o rezervă în a ne pronunța asupra eficacității operației** — deși ele întotdeauna nu au fost decît fericite. Apoi în această eventualitate a stadiului III fără să mai vorbim de cel apical, unde această problemă nici nu se mai pune, — se impune o comportare de ezitare de expectativă, adică numai după urmărirea operațiilor în observație o bună bucată de timp să ne pronunțăm și să luăm o atitudine. Aceasta este atitudinea de expectativă, adică să operăm și să urmărim cazul, stînd pregătiți pentru orice eventualitate. În general, reacțiile organice de foarte multe ori sînt bizare în manifestare, de aceea atunci cînd avem de provocat anumite fenomene biofiziologice și reparatorii organice trebuie să avem totdeauna o deosebită prudență în a profetiza rezultatele. **Mai multă rezervă se impune atunci cînd este vorba de stări parodontopatice pe un teren cu tare ereditare spre stări patologice** sau prea avansate în procese distructive ca cele din categoria stadiului III sau chiar și II în zonele apicale și centrale.

Un alt factor de care trebuie să ținem seama atunci cînd ne propunem această atitudine de expectativă este însăși starea constituțională fizio-somatică și psihică a pacientului în cauză.

Nu trebuie să nesocotim nici un moment că parodontopaticii, în marea lor majoritate, sînt niște dezechilibrați fiziologic și mai ales psihic. Ei au în special o susceptibilitate psihică foarte curioasă. Își pierd răbdarea în așteptarea evoluției necesare desăvîrșirei fenomenelor care stau la baza efectelor acestei operații.

De aceea recomand tuturor celor care vor pune mîna pe bisturiu ca să opereze, să nu nesocotească faptul că această atitudine de expectativă să se aplice în asemenea cazuri nu numai în raport cu gravitatea leziunilor, dar și după criteriul susceptibilității psihice, adică a înțelepciunii celui în cauză. În caz de cea mai mică bănuială că respectivul parodontopat nu va avea suficientă răbdare sau înțelegere în decursul evoluției postoperatorii, renunțăm la expectativă și aplicăm atitudinea radicală, adică a extracției preoperatorii și a tratamentului după principiile solicitate de starea leziunilor respective.

C. **Parodontopatiile în stadiul doi sau submarginal — stadium submarginale** — reprezintă **cazuri operabile.** Aceste cazuri sînt cele mai frecvente în activitatea noastră, deoarece în acest stadiu (fig. 95) procesele supurative gingivitice, osteitice și osteolitice pe lîngă mirosul dezagreabil ce-l degajă, jenă în actele funcționale, dureri, nevoia de a strînge și scrîșni din dinți, provoacă dinților sau elementelor odontale din focar atît deplasări migratorii evidente ca și o mobilitate accentuată de diverse grade, stări care conturează triada simptomatică patognomonică descrisă și îi determină să se prezinte în chip disperat la consultațiile noastre.

În acest stadiu elementele odontale, deși prezintă o oarecare mobilitate, totuși fără nici o șovăire **ei trebuie** să fie menținuți. **Este stadiul cînd operația aceasta**

Scanned with OKEN Scanner

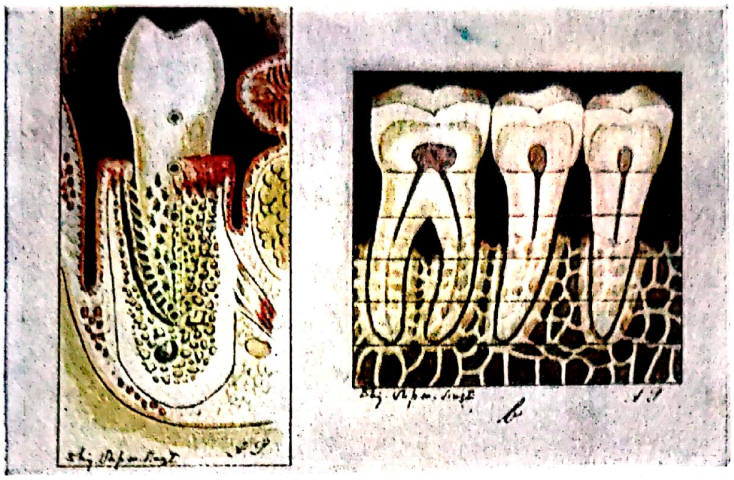


Fig. 95 — Stadiul al II-lea evolutiv « submarginal ».

trece proba valabilității ei atît prin fenomenele de remineralizare și recondensare determinate în osul alveolar, existent încă suficient pentru a favoriza asemenea fenomene, **cît și pentru reducerea la maximum a spațiilor alveolo-odontale,** consecințe ale fenomenelor de recondensare osoasă — iar elementele odontale respective după 5—6 luni, alteori 8—9 luni își vor reduce într-atît mobilitatea, încît de abia dacă ei se vor mișca.

Prin refixarea lor, care nu va fi chiar de calitatea unei refixări **absolute** ci a unei refixări **relative,** ei nu vor provoca nici un fel de jenă funcțiilor pe care le desăvîrșesc în complexul funcțional al regiunii bucale.

Acestea sînt eventualitățile anatomo-clinice ale sindromului parodontopatic, care operate după principiile descrise, au adus cele mai evidente rezultate, depășind întotdeauna așteptările și ale noastre cît mai ales ale celui suferind care își pierduse orice speranță că asemenea elemente odontale ar mai putea fi salvate.

D. **Parodontopatiile în primul stadiu, stadiul marginal sau de debut — stadium marginale.** Sînt cazurile (fig. 96) la care procesul distructiv activează încă în primul segment alveolar. Acestea, prin operația noastră reprezintă succesele complete și indiscutabile ale asistenței acestui sindrom. **Este stadiul operabilității optime.**

În aceste cazuri tratamentul operator este mult mai ușor de aplicat deoarece timpii operației găsind leziuni incipiente și mai superficiale, nu vor fi atît de laborioși ca în cazurile celelalte unde infiltrația țesutului de granulație este atît de profundă în spațiul alveolo-odontal și unde distrucția osteitică este atît de întinsă în arcada sistemului alveolar ca și în profunzimea masivului osos al pereților alveolelor odontale.

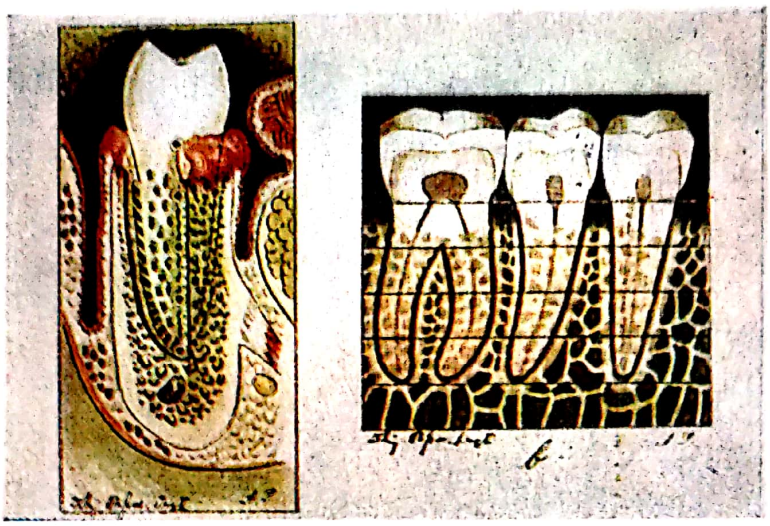


Fig. 96 — Parodontopatie esențială stadiul evolutiv « marginal ».

Totodată în aceste eventualități, executarea împănărilor cu « os minerale » oferă condițiile optime, deoarece aici găsim un sept interalveolar suficient de înalt în care să putem fora conducte pentru a împăna în ele masa implantului.

În cadrul acestui stadiu, o eventualitate mai deosebită ne-o oferă parodontopatiile chiar în debutul lor.

Sînt rare asemenea cazuri la vizitele noastre, deoarece de cele mai multe ori discretele leziuni inflamatorii gingivale, micile deșosări apărute la coletul elementelor odontale ca și mirosul gurii — foetor ex ore — trec mult timp neobservate, sau dacă cel în cauză se sesizează uneori, totdeauna el caută să le pună pe socoteala altor factori și nicidecum să bănuiască un proces distrofic paradontal evolutiv în debut.

Numai prin agravarea elementelor menționate care evoluează fără tendința de a dispare, de a se opri în evoluție sau ameliora prin orice tratament medicamentos al igienei bucale, — face ca asemenea persoane să ne solicite a fi consultați și apoi a se supune tratamentului indicat.

Aceste manifestări de debut sînt cazurile cînd numai examenul radiografic definește caracterul lor patologic. Numai leziunile constatate pe imaginile radiografice — în sensul unor știrbituri și a unor discrete ciupituri ale septelor interalveolare — **ne ajută să diferențiem prezența unor procese distrofice în evoluție** de manifestările **gingivitelor de cauză definită** (parodontopatii definite) sau **de deșosările apioreice produse prin traumatisme de periaj abuziv,** unde procesul alveolar deși urmează o involuție, ea este însă de tip atrofic, adică extremitatea septului alveolar păstrează și respectă structura morfologică delimitată de corticala osteoperiostică (fig. 18). Aceasta este **un prim element de diferențiere.**

Scanned with OKEN Scanner

Apoi, pe cînd elementele radiologice și clinice ale acestor manifestări « simptomatice » de **cauză definite** se opresc în evoluție sau unele chiar dispar numai prin simple măsuri de igienă locală și prin înlăturarea factorilor iritativi toxici sau traumatici care le-au determinat, **manifestările clinice** ale celei « Esentiale » însă deși oarecum asemănătoare acestora de mai sus, prin faptul că fizio-structural sînt consecințe ale unor procese distrofice gingivo-ligamento-alveolare de **natură trofică** — nu vor dispare prin aceleași măsuri de ordin igienic și medicamentos sau prin agenți fizici — așa cum de altfel am menționat în alt capitol — ci numai printr-o asistență în sensul celei descrise în capitolele anterioare.

De aceea această eventualitate parodontopatică, reprezentînd manifestări anatomoclinice cu procese disbiotrofice chiar în debutul lor este cea mai ușoară de tratat și cu rezultatele cele mai definite și — trebuie să constituie pentru depistarea ei o deosebită preocupare din partea cadrelor stomatologice. Or, de cîte ori practicianul stomatolog va constata prezența unui lizereu gingivitic însoțit sau nu de o ușoară deșosare și fetiditate bucală sau numai a unei deșosări odontale apioreice oarecum bizare ca apariție și evoluție și mai ales la o vîrstă în plină maturitate fiziosomatică — **totdeauna el trebuie să se sesizeze și să avertizeze pacientul** său că ceva anormal a intervenit în sistemul parodontului său, impunîndu-i pentru precizare de diagnostic un tratament de probă local ca și un examen radiografic complet și foarte conștiincios executat.

Numai în acest mod, se realizează un mare și strălucit aport în problema asistenței proceselor parodontopatice — care surprinse precoce, vor beneficia prin tratament de cele mai frumoase rezultate.

Aspectele care impun amînarea temporară a operației

Sînt stări organice generale cînd este bine să temporizăm cîteva zile sau și mai mult, intervențiile chirurgicale, de altfel ca în toată chirurgia generală. Nu operăm în timpul unei stări febrile, unei stări gripale, unei colici hepatice sau renale, unor crize gastrointestinale, neurogene sau cu bacili coli. O stare generală proastă — prin insomnii, surescitări grave, surmenaj fizic, moral sau intelectual sau un proces supurativ bucal cu un puseu acut gingivitic, un diabet zaharat cu manifestări prin concomitență patologică, un proces acut de alveolită sau un abces odontal în evoluție, precum și o stare fiziologică catamenială etc., sînt cazuri cînd o amînare de cîteva zile pînă ce asemenea stări se aranjează, reintrînd organismul într-o stare aproape normală, nu numai că nu va agrava starea lui parodontopatică. ci îl vor face mai

Scanned with OKEN Scanner

propice operației, pe care o va suporta mult mai ușor și cu mult mai puține eforturi și suferințe.

Operînd în timpul unor astfel de stări maladive, manifestările lor aproape totdeauna vor agrava și mersul operației ca și evoluția postoperatorie. De exemplu, o stare febrilă, o stare supurativă n-ar face decît să întunece tabloul evoluției postoperatorii a celui operat, prin aceea că ar îngrijora și s-ar căuta ca totul să se pună pe socoteala operației propriu-zise și nu a cauzei preexistente ca manifestare și evoluție.

Să nu nesocotim faptul că operația prin însăși actul ei creează o stare de frămîntări, chinuri, agitații, emoții și uneori după predispoziția organică, multe stări de surescitații foarte dificil de stăpînit și calmat. În asemenea cazuri și operațiile decurg în condiții foarte enervante și foarte plictisitoare atît pentru pacient cît și mai ales pentru operator.

Poate în nici o altă ramură chirurgicală calmul și răbdarea înțeleaptă a pacientului nu este mai prețioasă ca în operațiile endobucale în general și în special în operațiile parodontopatiei esențiale. Cea mai mică agitație, surescitări exagerate, neîndreptățite, ale celui care se operează, face imposibil mersul corect și conștiincios al operației.

Totodată este bine ca în cele cîteva zile premergătoare operației, parodontopatul să fie bine lămurit și asupra naturii operației și a mersului ei, pentru că prin cumințenia lui vom realiza mai mult decît prin cel mai ideal anestezic. Deseori, deși avem o anestezie perfectă, bizareria pacientului manifestată sub formă de agitații, frică de durere, deși ne găseam în plină operație și el nu simțea nimic, ne-a împiedicat cîteodată să ducem la bun sfîrșit operația.

De aceea, temporizarea intervențiilor pentru cîteva zile — atunci cînd starea generală organică o impune în sensul evenutalităților de mai sus, este o atitudine perfect îndreptățită.

Situațiile în care operațiile pentru parodontopatia esențială sînt contraindicate

O serie de maladii prin gravitatea proceselor disfuncționale și în special anatomopatologice ca și a manifestărilor clinice reprezintă eventualități de contraindicații nete ale acestei operații.

În desfășurarea lucrării am menționat și chiar am insistat asupra unor considerații de ordin terapeutic și anume: pentru ca operația să-și dea rezultatele ei con-

Scanned with OKEN Scanner

crete trebuie ca mai întîi prin diverse mijloace medicale și de ordin general organic să se redreseze starea generală disfuncțională și organică a terenului respectiv. Adică să se reactiveze mai întîi diversele compartimente fiziosomatice ale terenului organic, pînă la redresarea vitalității și troficității structurilor organice alterate prin procesul disfuncțional și distrofic și apoi să se treacă la tratamentul propriu-zis al proceselor parodontopatice. **Calitatea și potențialul fiziologic și somatic al terenului organic reprezintă chezășia succeselor chirurgiei parodontopatiei după principiile operației noastre.**

Or, un parodontopat care mai are și o infecție bacilară gravă și în plină evoluție mai poate fi supus unor astfel de operații? Și dacă totuși prin insistența pacientului l-am opera, el oare ar beneficia?

Cu certitudine, că întîi l-am supune la un efort și o suferință prea mare față de starea lui generală și apoi rezultatele ar fi, dacă ținem seama de toate considerațiile fiziopatologice menționate, dacă nu adevărate eșecuri, în orice caz cu totul iluzorii. În epoca de experimentare a metodei am cedat în cîteva rînduri insistențelor pacienților și am operat și în astfel de împrejurări. Rezultatele au fost însă, în raport cu celelalte cazuri, nesatisfăcătoare, deși unii dintre pacienți au fost totuși oarecum mulțumiți.

Pentru aceste considerații, recomandăm ca în asemenea cazuri **să nu se opereze** pînă ce manifestarea **bacilară** n-a fost jugulată în evoluția ei și pe cît posibil remediată, redresîndu-se în ansamblul ei și starea generală a terenului organic respectiv.

De asemenea și celelalte maladii grave ca sindromul hipertensiunii arteriale, stări cardiace cu leziuni și manifestări grave, diabetul zaharat și insipid, neoplasme maligne recidivate, stări mintale grave, stări endocrinopatice etc. reprezintă **contraindicații absolute** operației parodontopatice pe considerente multiple:

a) prezintă un teren organic cu funcții și structuri, în raport cu natura sindromului maladiv, grav alterate, avînd o vitalitate și troficitate tisulară refractară oricărei tentative de a reactiva și redresa o stare locală de tipul proceselor distrofiei parodontopatice;

b) prin gravitatea lor leziunile ca și manifestările lor clinice — ar expune mersul operației, în timpul ei ca și după aceea, la multiple accidente foarte regretabile cu stări lipotimice, sincope, hemoragii locale sau de tip apoplectic, infecții de tip trofic sau eșecuri create de stările grave endocrinopatice, mintale etc. care întrețin sau alteori agravează acțiunile incitatorii subordonate lor;

c) apoi pe un teren organic atît de grav alterat în echilibrul său funcțional și structural, prin evoluția unor astfel de sindroame, ce rost și-ar avea să mai primeze preocuparea unei asistențe parodontopatice, care o socotim ca gravitate vitală

Scanned with OKEN Scanner

pe un plan secundar față de aceste maladii, care expun viața acestor bolnavi în fiecare moment și la fiecare pas?

Vîrsta constituie încă un element de contraindicație, pentru operația stărilor parodontopatice. Deseori se vor prezenta parodontopați pentru operație deși ei au depășit ca vîrstă cu mult epoca maturității organice cînd apatismul lor organic se mai putea combate prin stimularea și redresarea structurilor funcționale lenevite sau alterate.

În epoca cînd verificam eficacitatea metodei noastre și după criteriul vîrstă, am operat parodontopați și peste 55 de ani, deși teoretic știam că fiziologicește este epoca cînd potențialul fiziosomatic de redresare și restaurări funcționale cu greu mai poate fi incitat în sens stimulator activ. În adevăr și practic, principiul teoretic s-a menținut. Nu ne-am putut da seama de rezultatele realizate asupra structurii osului alveolar, însă starea apatiei mucoasei gingivale, după un interval oarecare de la operație a reapărut aproape cu caracterele preoperatorii. Această constatare ne-a creat convingerea că **epoca senescenței fiziologice să nu mai fie bruscată și cu astfel de eforturi și șocuri,** ci lăsată să-și urmeze cursul ei, iar dacă mai avem unele posibilități de ameliorare prin măsuri de ordin vital și medical, atunci să le punem în practică, căci în orice caz acestea le vor fi mai de folos.

Pentru aceste considerații, noi nu mai supunem tratamentului operator cazurile care au depășit vîrsta de 50—52 de ani, rezervîndu-le numai asistenței medico-stomatologice generale și locale. De aceea aș dori ca și alți confrați care vor opera, să țină seama de aceste observații, iar cînd totuși vor fi obligați uneori să opereze și peste această limită, va trebui să aibă multă, chiar foarte multă rezervă în materie de prognostic, aceasta petru a nu se expune unor eșecuri care nici dintr-o parte și nici din alta nu vor fi plăcute, căci pacientul cînd suferă inutil, iartă dar nu uită.

Durata efectelor operației în parodontopatia esențială

Studiind problema terapeutică a parodontopatiei esențiale după principiile descrise, se poate pune o problemă suficient de îndreptățită. Care este durata efectelor acestei operații? Adică mai pot reveni unele din elementele maladiei și dacă da în care împrejurări?

De la 13 septembrie 1939, dată de la care am făcut pentru prima oară această operație, prin această metodă, urmărindu-le, în afară de cîteva excepții, am constatat că toate evoluează spre rezultate deosebit de satisfăcătoare. Cît vor dura efectele

operației nu se pot face precizări căci ele se mențin perfect. **Principial și științific efectele operației durează atît cît fiziologic și somatic organismul n-a intrat încă în epoca finală a vieții sale, adică în epoca bătrîneții.** Odată ce, prin vîrsta ca și prin condițiile organice și de activitate, organismul este supus unor procese fiziologice inevitabile și corespunzătoare epocii de îmbătrînire, adică cînd disfuncțiile survenite ca consecințe ale unei uzuri sau oboseli organice care minează echilibrul tuturor structurilor funcționale, incontestabil vor face să se resimtă și efectele remineralizării operatorii a parodontului. În complexul fenomenelor de deplasări și apoziție minerală în structurile osoase, în această epocă a senescenței, va surveni un dezechilibru la început mai discret apoi din ce în ce mai evident, cînd tendința de deplasare sau de dislocare minerală nu va mai putea fi compensată de potențialul de apoziție remineralizatorie așa cum se petrece în mod normal. Astfel de fenomene odată apărute, ele încetul cu încetul și pe nesimțite vor da loc unor procese în sensul demineralizării structurii și a parodontului dar nu de tipul celor **distrofice** care au fost operate cîndva, ci unor procese care prin aspectele lor anatomopatologice și radiologice vor caracteriza involuția atrofică a parodontului, a **senescenței.** Procesul involuției atrofice care survine în epoca bătrîneții la un fost parodontopat operat, poate domina singur tabloul involuției parodontului sau poate fi însoțit și de alte elemente tributare alterațiilor, ca gingivite, hipertrofia marginii și a proceselor gingivale, pungi pioreice, foetor de fermentație și putrefacție tisulară, toate rebele oricărei tentative de tratament medical și dezinfectant.

Astfel încît o parodontopatie operată, dacă operația a surprins maladia în stadiul evoluției optime pentru operat — stadiul de debut sau primul stadiu, sau măcar în stadiul operabilității — adică stadiul II de evoluție, — **și dacă cel operat a respectat măcar în parte prescripțiile unor condiții de viață și activitate care să ferească pe cît posibil organismul respectiv de tot felul de acțiuni incitatorii, care mai de care mai nocive asupra echilibrului său fizio-somatic și dacă el a mai avut grija ca din cînd în cînd să stimuleze, prin diverse măsuri de ordin vital, general și medical, redresarea unor compartimente funcționale perturbate sau alterate** — nimic și nici un motiv nu poate să intervină ca să modifice efectele pozitive create prin operația efectuată asupra proceselor parodontopatice. În astfel de condiții, cînd cel operat a fost bine edificat, el devenind conștient că organismul său nu este ca oricare altul ci este ceva mai delicat și nu suportă să fie supus și nici expus unor împrejurări de viață și activitate care să-i depășească potențialul său de compensație, de acomodare și eventual redresare și restaurare, și dacă el își va supraveghea atît în general ca și în detaliile sale echilibrul vieții sale organice, reapariția proceselor distrofice parodontopatice nu-și va găsi terenul propice manifestărilor. Echilibrul static și funcțional al elementelor odontale fiind restabilit, un astfel de organism nu va încerca din nou procese de alterații vitale și de destrămare structurală față de care el să rămînă indiferent adică nemanifestînd nici o tendință de reacție deliminatorie

și eventual reparatorie — ceea ce numim **apatie vitală organică,** decît în două împrejurări:

a) cînd organismul, care cîndva a fost operat pentru procese parodontopatice, prin vîrsta sa deja înaintată ca și prin alte circumstanțe de ordin patologic sau **prin condiții anormale de viață și activitate evoluează vertiginos spre bătrînețe,** atunci procesele care reapar sînt mai mult din categoria involuției atrofice și mai puțin a celor distrofice, — sau

b) cînd anumiți factori incitatori activi, menționați în unul din capitolele de mai sus, continuă și după efectuarea operației să acționeze asupra unor astfel de organisme, care deja prin tara terenului lor organic — labil și susceptibil — sînt predispuse ca lesne să cedeze șocurilor incitatorii, favorizînd și determinînd disfuncții și alterații în vitalitatea și troficitatea lor organică generală, făcînd astfel să reapară și procesele parodontopatice care dispăruseră un interval de timp după operația la care au fost supuse.

Pentru că în toată activitatea noastră vastă și îndelungat desfășurată pe un număr mult peste 5 000 de cazuri, asemenea insuccese sau recidive observate n-au fost decît foarte puține (20—30), vom căuta să descriem mai jos unele din detaliile de manifestare a celor mai concludente, atît pentru valoarea documentativă a problemei ca și pentru ilustrarea importanței asistenței generale în consolidarea și menținerea efectelor acestei operații.

● **Observația 1**

D-șoara S. C-ța, de 36 ani din București, se prezintă în ziua de 12 ianuarie 1950 la consultațiile noastre pentru o stare parodontopatică în diverse stadii evolutive, cu predominanța stadiului al II-lea. Starea pioreică foarte accentuată, un foetor ex ore accentuat ca și mobilitatea odontală în special a celor frontali, sînt elementele care au determinat ca pacienta să vină la consultații și să ne solicite cu insistență să fie supusă operației în cel mai scurt timp.

Examenul general și endocrino-neurovegetativ (făcut de Dr. G. Buttu): longilină, astenică, dismenoreică, oligomenoreică, hipotensivă (10 1/2—6), ovare sclero-chistice. Induratia vîrfului pulmonar drept.

Concluzii: spasmofilie, insuficiență ovariană hipervegetativă cu predominanță vagotonică.

Prezintă un mare impediment însă această pacientă pentru a fi operată. Ea venea dintr-o stațiune climaterică unde stătea în vederea unui tratament pentru o tuberculoză pulmonară îndeajuns de îngrijorătoare ca manifestări și evoluție.

Ne găseam în epoca cînd streptomicina încă nu intrase în uzul curent pentru tratamentul bacilozei. Așa că ezitarea noastră pentru a o supune unor operații suficient de șocante sau obositoare era perfect îndreptățită.

Pacienta totuși persevera în insistențele ei ca să fie operată căci nu mai putea suporta starea pioreică bucală ca și fetiditatea acestei supurații.

După un consult cu alți confrați competenți în patologie pulmonară care și-au dat seama de starea ei pulmonară, cu deosebită grijă și rezervă au admis ca pacienta să fie totuși supusă operației, fără a-și lua nici unul din ei vreo răspundere asupra vreunui accident ce ar surveni în decursul operației.

Nesocotind la acea dată valoarea pe care o au calcemia și fosfatemia pentru diagnosticul și interpretarea gravității stărilor toxemiei tuberculinice ca și a stării organice generale de demineralizare, ele nu s-au făcut. Astfel încît la 10 februarie 1950 am supus-o primei operații pentru arcada inferioară, iar la 24 februarie la o a doua operație pentru arcada superioară.

Scanned with OKEN Scanner

Operația a decurs în mod normal, efectuată conform cu principiile stabilite și descrise în capitolul respectiv.

După epoca convalescenței postoperatorii am sfătuit pacienta, să nu cumva să neglijeze ci să se îngrijească de starea ei generală și în special de cea pulmonară, căci cum alte manifestări în afară de cele endocrine ea nu prezenta, toată starea ei parodontopatică atît de gravă ca evoluție și manifestare o bănuiam subordonată numai stării de tonus incitator provocat și întreținut de toxemia tuberculinică a leziunilor pulmonare.

Urmare a operațiilor care s-au făcut, dispărîndu-i starea pioreică și fetiditatea cavității sale bucale, deși mobilitatea dinților se mai menținea, se declară mulțumită de rezultatele obținute și nu se mai reîntoarce în stațiunea climaterică pentru a se pune la adăpost și de alte acțiuni incitatorii, ca și pentru a-și îngriji leziunile pulmonare încă incomplet vindecate.

Mai mult, probabil din cauza condițiilor materiale își caută și intră într-un serviciu de-ajuns de dificil și obositor pentru starea ei organică.

Dar din cînd în cînd, menținînd-o într-o observație severă, mai venea la control.

Încă după 4 ani de la operație, înafară de mobilitatea unor dinți care fuseseră mai grav interesați de procesul distrofiei alveolare, care o hotărîse pentru operație, starea locală a țesuturilor gingivale se menținea încă normală. După această dată însă a început un discret lizereu roșu-cianotic cu o ușoară secreție subgingivală la nivelul dinților frontali inferiori, care cu timpul se extindea lent și progresiv și la alte grupe odontale.

Această stare corespundea cu o stare generală foarte proastă a pacientei. Ea se prezenta obosită, istovită, foarte slăbită, cu un facies emaciat, palid.

I-am atras atenția că nici starea locală bucală nu ne satisface și nici starea ei generală nu ne place, lămurind-o de strînsa legătură care există între una și cealaltă. Mai mult chiar, i-am impus să dea mai multă atenție grijii sănătății sale, căci s-ar putea ca manifestările pulmonare să ia o întorsătură mai dramatică.

Am mai revăzut pacienta după aceea cam după 6 luni, fără ca să mai fi făcut ceva. Se prezenta într-o stare mult mai agravată, mobilitatea dentară într-atît se accentuase încît impunea unele extracții; reapăruse în aceeași intensitate fetiditatea bucală, consecință a unor supurații gingivo-subgingivale foarte manifeste, iar starea generală a ei era dintre cele mai grave.

După această dată n-am mai revăzut-o nemaiprezentîndu-se.

Este o observație care din punct de vedere și practic și științific ne-a provocat multe preocupări, făcîndu-ne să cercetăm în acest sens problema, pentru a face o legătură între procesele parodontopatice și manifestările bacilare în special pulmonare, atît în literatura medicală, care ne-a fost posibil să o cercetăm ca și colecția de cranii de peste 6 000 de exemplare a Institutului român de antropologie. Aceste cercetări au dus la concluzii care au fost expuse în capitolul « **Coincidențelor patologice în Parodontopatia esențială** ».

● **Observația 2**

D-na M. C., de 38 ani, salariată Ministerul de Finanțe, din București.

Vine la 29 iulie 1949 pentru a fi consultată. Examinată bucal pacienta prezenta o parodontopatie esențială în stadii evolutive II, III și D_4 D_8 d_8 S_8 și S_4 în stadiul IV final sau apical.

Examenul general și endocrinoneurovegetativ: longilină, astenică, hipofizară, tahicardie (puls 106—110), hipertensiune arterială (22—10). Ereutofobie, ereutoză, spasmofilie, Halstedt st. pentru adenocarcinom mamar stîng.

Concluzii: hiperhipofizară, hipertiroidiană, hipermedulosuprarenaliană, hiperexcitabilitatea întregului sistem neurovegetativ.

I-am propus operația pentru complexele dentoalveolare din stadiile II și III, iar cei din stadiul IV avulsia chiar preoperator, ceea ce pacienta a și acceptat.

Un fapt foarte important însă găsim în antecedentele acestei paciente și care așa precum vom vedea va avea o mare importanță în prognosticul operației. Ea, cu 2 ani anterior fusese operată de un epiteliom al glandei mamare stîngi, care operație pînă la această dată se menținea fără recidivă.

După ce a fost pregătită și i s-au făcut extracțiile dinților compromiși, în zilele de 10 august și 16 august 1949 a fost operată după principiile metodei, fără a i se fi făcut preoperator calcemia și fosfatemia.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția imediată și tardivă postoperatorie a fost cea obișnuită.

După 4—5 luni dinții care prezentau preoperator o oarecare mobilitate au început să-și recapete fixitatea.

Dar ceea ce ne surprinde este reapariția după aproximativ 2 ani de la operație a unui lizereu gingival roșu-cianotic, care cu tot tratamentul local dezinfectant, el se agrava din ce în ce.

Pacienta însă spre uimirea noastră deși ne preocupa îndeosebi apariția acestor elemente trofice supurative, dispare de la vizitele noastre, pentru ca să aflăm după cîteva luni că ea se internase într-o clinică de chirurgie unde se operase pentru o recidivă în sînul rămas (dr.).

Ieșind din spital, preocupîndu-se mai mult de îngrijirea recidivei neoplazice, s-a neglijat, lăsînd pe un plan secundar manifestările bucale.

Și această operată ne-a impus o preocupare mai deosebită făcîndu-ne să tragem concluzii foarte importante din punct de vedere etiopatogenic, concluzii care au fost menționate alături de cele ale toxemiei bacilare în capitolul « Coincidențelor patologice ».

● **Observația 3.**

A.B., de 38 ani, din București, funcționar.

Un abces dentar îl determină să vină pentru a se supune unui examen în ziua de 16 septembrie 1948.

Pe baza imaginilor radiografice ca și a elementelor clinice îi stabilim o stare parodontopatică în stadiile II și III de evoluție, iar S_4 S_7 S_8 în stadiul IV iar la D_5 care se află în stadiul IV prezenta un abces în plină evoluție spre colectare.

I se extrage cu kelen prin anestezie deocamdată D_5 urmînd ca S_4 S_7 și S_8 să fie extrași mai tîrziu.

Pentru procesele operabile i se recomandă fără întîrziere să se opereze, fapt care s-a și petrecut în zilele de 22 și 27 septembrie 1948.

Urmările postoperatorii ca și efectele operației apreciate la 5—6 luni de la operație au fost pe deplin satisfăcătoare.

Dinții mobili își mai reduseseră mobilitatea, astfel încît completîndu-se lipsurile prin lucrări fixe — ei asigurau în mod ideal funcțiile pe care le aveau de îndeplinit.

Pacientul fiind un funcționar cu mare răspundere, chiar după operații n-a precupețit nici un moment pentru a se menaja, n-a dat posibilitatea organismului măcar din cînd în cînd să-și recupereze din forțele epuizate cu activitatea zilnică care începea la 8 dimineața și se termina aproape întotdeauna la 2—3 după miezul nopții, bineînțeles după o intoxicație de 70—80 țigări fumate și respirația unui aer în care și alții n-au fumat mai puțin.

Din cînd în cînd deranjîndu-l în timpul activității sale, pentru a-i reaminti prescripțiile date după operație, ca să nu nesocotească nici un moment că organismul lui se află în curs de a ceda locul diverselor procese patologice, tocmai din cauza condițiilor anormale a activității sale, și ca să ia unele măsuri atîta timp cît încă asemenea stări n-au devenit prea îngrijorătoare. Totul era zadarnic. Răspunsul era un ridicat din umeri cu semn de conștientă resemnare, grijile publice fiind pe un plan mai important decît sănătatea sa.

Prevestirile noastre, cum că în astfel de condiții nu va trebui să mire pe nimeni, reapariția unor elemente parodontopatice, s-au adeverit.

Astfel în octombrie 1954 adică după 6 ani de la operațiile făcute, efectele strălucite ale acestor operații au început să se diminueze, așa că au reînceput mobilitățile dentare, încît de astă dată resemnîndu-ne și noi, am procedat la avulsia dinților prea mobili, ei jenînd funcția masticatorie prin mobilitatea lor, completîndu-i apoi lipsurile prin proteze scheletate.

● **Observația 4.**

D-na T.T., de 39 de ani, profesoară, vine la consultațiile noastre în ziua de 3 octombrie 1948 pentru o jenă accentuată pe care o resimte mereu în aparatul ei masticator, un gust pioreic continuu în gură și un foetor ex ore foarte accentuat.

Pe baza acestor elemente subiective și obiective, ca și pe baza imaginilor radiografice, îi stabilim diagnosticul unei parodontopatii esențiale în plină evoluție, ale cărei leziuni alveolare nu depășesc peste stadiul II.

Examenul general și endocrino-neurovegetativ (făcut de dr. G. Buttu): longilină, astenică, facies infantil. Insuficiență pluriglandulară: tiroidiană, ovariană, paratiroidiană și hipofizară. Vagotonică. Tendință de decalcifieri (unghii, păr, dinți).

Îi recomandăm a se supune operației, care s-a și făcut în zilele de 14 și 17 octombrie 1948.

Nu i s-a făcut preoperator calcemia și fosfatemia.

După operație totul evoluează în condițiile obișnuite.

Scanned with OKEN Scanner

Revăzută după un an efectele operației erau splendide.

Revenind după un alt an însă și examinînd-o constatăm la nivelul gingiei dinților frontali de jos o alterație în vitalitatea și troficitatea gingiei care nici după detartrajul făcut nu și-a revenit. Secreția de la acest nivel era suficient de fetidă ca să o reamintească pe cea preoperatorie.

Interogînd pacienta asupra celor ce se întîmplase în intervalul ultimului an, adică asupra condițiilor ei de viață și activitate, am aflat că în acest interval încercase multe și intense supărări de ordin moral și material.

Desigur, că în fața împrejurărilor arătate prescripțiile noastre nu și-au mai avut nici un ecou, așa că și reapariția manifestărilor caracteristice sindromului parodontopatic și-au avut și explicația și justificarea etiopatogenică.

● **Observația 5.**

D-ra V.S., de 24 ani, funcționară din București, vine în ziua de 7 octombrie 1951 la consultațiile noastre pentru o stare pioreic-gingivală cu hipertrofia proceselor gingivale, migrații cu diastemizări dentare în special a dinților frontali și o ușoară mobilitate în tot sistemul dentar atît frontal ca și molaro-premolar.

Pe baza elementelor clinice, ajutați și de aspectul imaginilor radiografice — îi stabilim o parodontopatie esențială în stadiul II de evoluție cu manifestări gingivale hipertrofice și supurative foarte grave.

Examenul general și endocrinoneurovegetativ (făcut de dr. G. Buttu): longilină, astenică, facies infantil astenic, hipotensivă (11—6). Splanhnoptoză. Caractere sexuale secundare incomplete. Ușoară hiperpigmentare a tegumentelor.

Concluzii: infantilism hipofizo-ovarian. Tipus astenicus.

Față de starea acestor manifestări atît de accentuate și ținînd seama că ele se petrec asupra unui teren organic mult prea tînăr față de obișnuința noastră de a depista asemenea cazuri în general în jurul vîrstei de 35 ani, am acordat o grijă cu totul deosebită în asistența locală a proceselor parodontopatice ca și generală asupra terenului organic.

Astfel în zilele de 23 și 28 octombrie 1951, după ce i-am făcut examenul biochimic al calciului și fosforului în sînge, care a fost găsit: Ca 8,4% mg și Ph 2,35% mg am supus-o operațiilor bucale. La 14.XI.1951 făcîndu-i-se un control al calcemiei am găsit-o crescută la 8,8% mg. Această calcemie nu ne-a satisfăcut și atunci considerînd că la mijloc este vorba de un organism grav demineralizat, am pus problema unei remineralizări masive. Aceasta am rezolvat-o prin efectuarea unei **operații complimentare** în ziua de 16.XI.1951, prin care introducerea în zona suprapubiană a unui implant masiv de « os minerale » — după tehnica și principiile descrise în capitolul respectiv.

Urmările și evoluția postoperatorie atît loco-bucală ca și suprapubiană au fost excelente.

Controlul calcemiei făcut postoperator în timp, la datele de 17 decembrie cînd era 9,48% și la 14 februarie 1952 cînd era 10,15 iar fosforul 4,10, era deplin concludent pentru a ne confirma rezultatele clinice.

Dar cum operațiile au fost făcute în octombrie și noiembrie 1951, în iunie 1952 am constatat că la nivelul proceselor gingivale interdentare la mai mulți dinți din arcada superioară au început să reapară o ușoară secreție ca și o hipertrofie proliferativă a marginii gingivale și mai ales a proceselor gingivale interdentare. Această stare neobișnuită în urmările postoperatorii ne-au pus pe gînduri, cu atît mai mult cu cît ea nu ceda la tratamentul dezinfectant cu diverse medicamente sau la cauterizări cu clorură de zinc. Atunci, bănuind că — poate din cauza hemoragiei din timpul chiuretării țesutului de granulație atît de abundent găsit după decolarea și ridicarea lambourilor ca și a unei sensibilități mai exagerate ca de obicei — ar fi rămas în grosimea lambourilor sau infiltrat în masa peretelui alveolar ca și în spațiile alveolodentare încă din țesutul inflamator și de granulație, am propus și chiar **efectuat o reintervenție în focarele operate** cu scopul de a face o nouă curățire și dezinfecție.

Pacienta, deși avea un teren organic care trăda o oarecare vitalitate diminuată și nu făcuse pînă la această dată nimic pentru redresarea și stimularea stării ei generale, fiind foarte ocupată cu îndatoririle serviciului; imediat după convalescența operatorie i-am impus să facă o cură heliterapică maritimă de o lună.

Ea s-a conformat. Revenind după o lună la control, fără nici un alt tratament, prezenta local un aspect gingival perfect normal, dinții își recăpătaseră fixitatea, iar starea organică generală era din cele mai satisfăcătoare.

Am mai revăzut-o la un an, la doi și la trei ani de la operație. Totul se prezenta în condiții normale.

Scanned with OKEN Scanner

Calcemia controlată la 19 septembrie 1954 a fost găsită 10,05%.

Deci cu corectivul unei noi intervenții ajutată de o mulare a întregului organism prin efectele binefăcătoare a curei helioterapice maritime, totul s-a redresat și a intrat în ordine și normal.

Acum vom vedea de aici încolo cum va evolua prin prisma anilor prin care ea va mai trece.

Aceste cîteva cazuri care după operațiile suportate au avut o evoluție anormală în raport cu celelalte cazuri și cu modul cum trebuia să evolueze — cred că au meritat să ne oprim asupra lor.

Ele, în ansamblul lor, așa cum reiese din datele mai importante menționate la fiecare, dacă au evoluat nu atît de fericit pe cît ne-am așteptat noi, aceasta se datorește nu neconcludenței valorii principiilor de interpretare a maladiei ca și de asistență a ei, **ci numai nerespectării din partea celor operați a principiilor de asistență generală** — adică a nu fi dat posibilitate organismului respectiv, din diverse cauze posibile sau imposibile de a se fi redresat din starea de apatism organic prin reactivarea unor compartimente disfuncționale și alterate organic și apoi a le susține prin tot felul de stimulente în efortul lor de redresare și acomodare.

Mai mult: nici unul n-a făcut absolut nimic, în afară de ceea ce li s-au făcut prin operație. S-au încrezut în miracolul operației fără a-i susține și consolida efectele — nici printr-o viață și activitate mai planificată după tara terenului lor organic — nici printr-un repaus odihnitor, reconfortant și redresant asupra deficiențelor fizio-somatice, dacă nu în chip ideal adică prin cură de altitudine sau maritimă, cel puțin la domiciliu, — nici prin aplicarea prescripțiilor medicale ca: hormoni, vitamine etc. prin care să activeze și să stimuleze unele organe sau sisteme în stare disfuncțională etc., etc. O stare locală ca să fie restaurată trebuie să fie ajutată și de o stare organică generală mai bună. Căci, cum le-am constrîns pe unele din ele să se conformeze cu strictețe prescripțiilor noastre, în starea lor locală și generală au și intervenit schimbări evidente și complet satisfăcătoare. Exemplul cazului 5, socotim că este suficient de concludent pentru a demonstra valoarea asistenței generale în cadrul de asistență a stărilor parodontopatice.

Numai acolo unde nu s-a respectat și pe viitor nu se va respecta prescripția unei astfel de asistențe, rezultatele și efectele acestei operații vor fi iluzorii.

De aceea noi, înaintea oricărei tentative de tratament al unui parodontopatic cu toată grija și severitatea îi aducem la cunoștință ca să știe la ceea ce el trebuie să se aștepte după aceste operații. Dacă el crede că nu se va putea conforma întocmai principiilor noastre, adică nu va depune unele eforturi de a se conforma prescripțiilor noastre atît imediat după operație cît și un timp de cîțiva ani după aceea, este mult mai bine să renunțăm a-l mai opera, ceea ce recomandăm cu toată hotărîrea tuturor celor care, dacă vor fi chemați ca în astfel de eventualități, să nu opereze.

Scanned with OKEN Scanner

Sublinierea celor mai importante obiective terapeutice pe care le realizează concepția și metoda operatorie

Metoda operatorie expusă, prin aplicarea principiului implantelor de « os minerale », pe care le folosește, fie local chiar în septul interalveolar, lezat prin procesul distrofic, fie complementar celor locale: presternal sau suprapubian, realizează organismului respectiv, pe lîngă multiple obiective de ordin psihic, social și economic, în special o redresare fiziologică somatică și biochimică evidentă. Astfel prin aportul mineral al implantelor, de proveniență din os uman, sînt stimulate și redresate stările biologice umorale, stările funcționale și organice generale, precum și recondensarea structurilor osului alveolar, lezat de procesul distrofic. Implantele de « os minerale », influențează aceste fenomene, nu atît prin cantitatea minerală din masa lor (care nu ar fi suficientă pentru necesarul organismului respectiv) cît mai ales prin rolul **biostimulator** prin care ele favorizează **asimilarea** mineralelor necesare din alimentația celui în cauză, de a reține în umori aceste minerale, — ceea ce face să crească titrul mineral — și apoi prin fenomenul apoziției, a le depune, fixîndu-le în structurile în care implantul « os minerale » provoacă **incitația specifică remineralizantă** solicitînd organismului la maximum acest **fenomen al mutației minerale.**

Pe principiile acestei metode, din multiplele obiective rezolvate, sînt realizate 4 obiective de importanță deosebită în asistența parodontopatiei esențiale. Aceste obiective sînt: **obiectivul clinic, obiectivul radiologic, obiectivul biochimic și obiectivul fiziosomatic** al redresării stării organice generale.

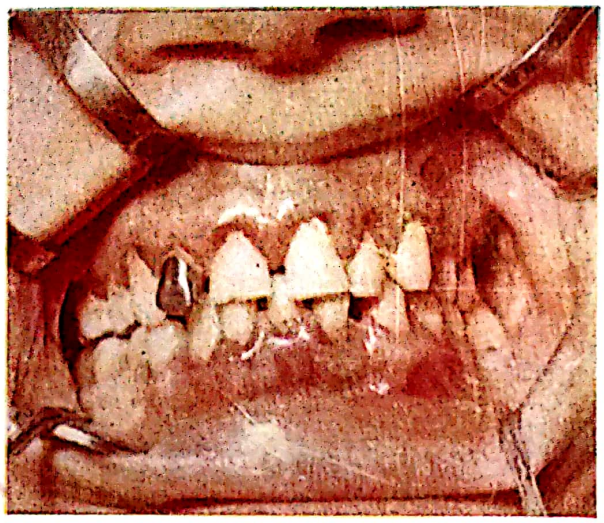
Obiectivul clinic

Ni-l prezintă aspectul normal gingival al arcadelor revăzute după operații la diverse intervale — oricît de îndepărtate. Această însănătoșire se datorește activării fenomenelor circulatorii locale gingivo-alveolare, prin care sînt stimulate și redresate fenomenele biotrofice alterate, care așa cum am arătat, sînt cele care ar genera procesele distrofice parodontopatice. Exemplificăm acest obiectiv clinic realizat prin alăturatele imagini ale unor cazuri operate și revăzute (Planșa III și IV).

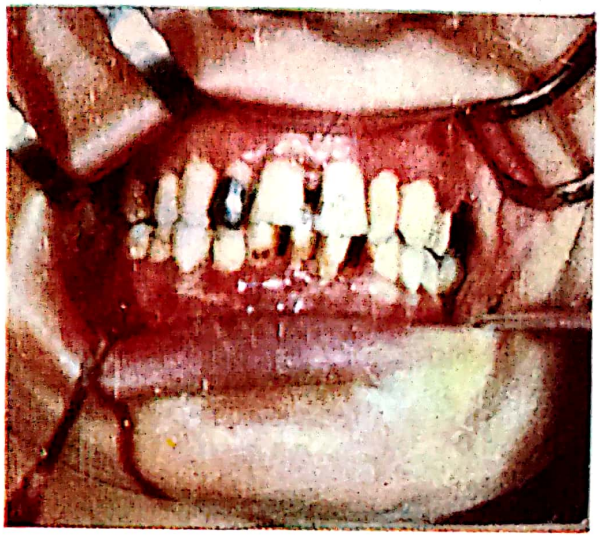
Obiectivul radiologic

Este pus în evidență prin imaginile radiografice ale zonelor alveolare, în care s-au introdus implantele de « os minerale ». Exemplele alăturate, confirmă prin ele însăși, realizarea recondensării structurii osului alveolar, prin fenomenele asimilației implantelor și a **mutației prin apoziție a masei minerale,** în structura osului în care ele au fost introduse (Planșa V).

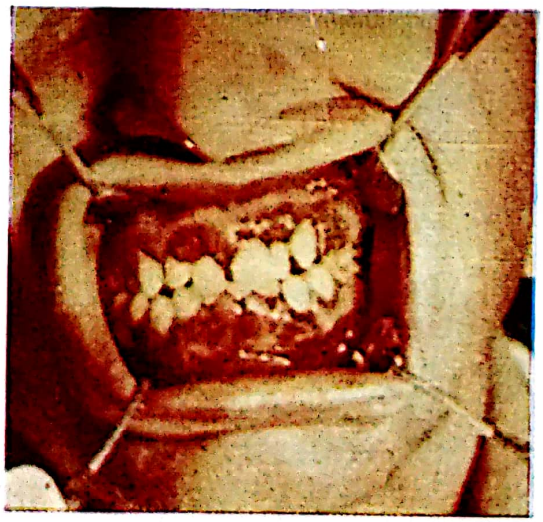
Scanned with OKEN Scanner



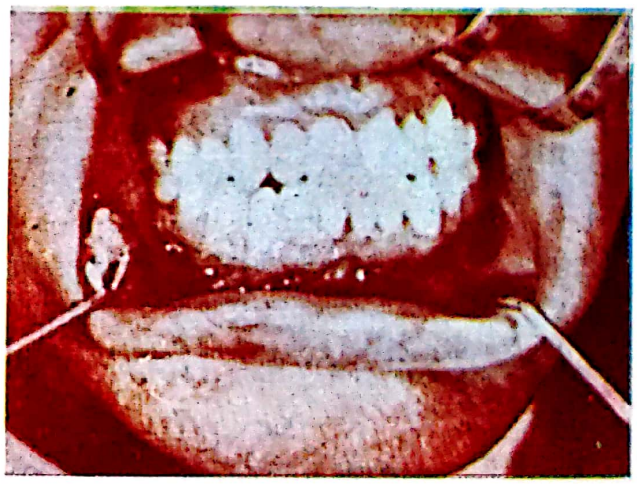
1



2



3



4

Planșa III — Aspecte clinice parodontopatice esențiale, înainte și după operație.
1 — Înainte de operație. 2 — După 2 ani și jumătate de la operație. 3 — Înainte de operație. 4 — 3 ani și jumătate de la operație.

Scanned with OKEN Scanner

1

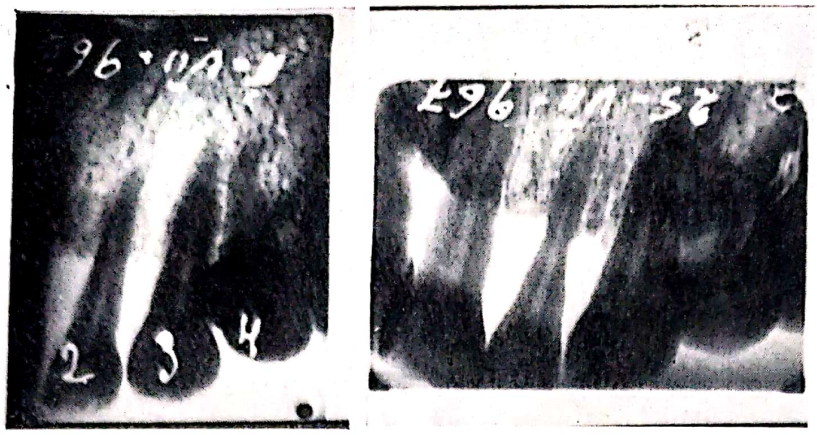
2

3

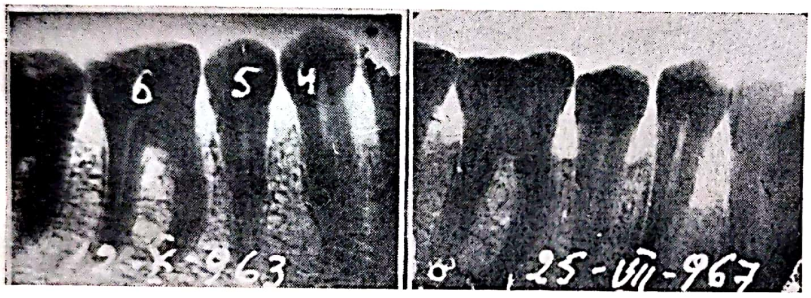
4

Planșa IV — Aspecte clinice parodontopatice esențiale, înainte și după operație.
1 — Înainte de operație. **2** — După 5 ani de la operație. **3** — Înainte de operație. **4** — 12 ani după operație.

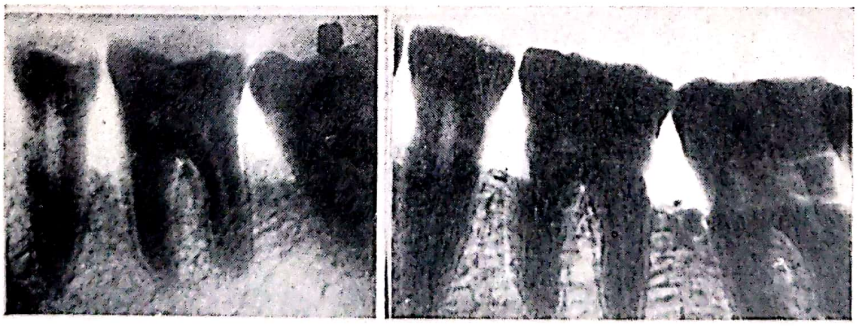
Scanned with OKEN Scanner



1 a 1 b



2 a 2 b



3 a 3 b

Planșa V — Aspecte radiologice parodontopatice esențiale.

1 a — Înainte de operație; **b** — 4 ani după operație. **2 a** — Înainte de operație; **b** — După circa 4 ani de la operație. **3 a** — Înainte de operație și **b** — 8 ani după operație.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivul biochimic

este realizat prin fenomenul asimilării masei implantelor, care pe lîngă fenomenul mutației și apoziției minerale, care duce la condensarea structurii osului alveolar, în sensul unui « calus osos periodontal », dar elementele minerale trecute și reținute în umorile organice în primul rînd, vor redresa într-o oarecare măsură titrul mineral corespunzător, iar prin fenomenele biostimulatorii, pe care ele le produc, vor favoriza asimilarea din alimentația celui în cauză, a acestor minerale necesare vieții și activității organice, ceea ce va face ca această redresare biochimică să se mențină și să ofere organismului o stare îmbunătățită, a desfășurării funcțiilor sale.

Prin cîteva exemple parodontopatice operate, așa cum se constată în tabelul din fig. 90, demonstrăm cum stările hipocalcemice ale parodontopaților, prin operațiile locale, ajutate uneori și printr-o operație complementară, sînt redresate la un titru calcemic, aproape în limitele fiziologice normale.

Obiectivul fiziologic și somatic al redresării stării organice generale

După operațiile noastre, prin faptul că se redresează titrul biochimic, care prin ionul calciu intervine hotărîtor în activitatea normală și patologică a sistemului neurovegetativ moderîndu-i în acest mod stările distonice, de la sine întreaga stare generală se va resimți în mod deosebit de satisfăcător. Observațiile adunate an de an, prin urmărirea cazurilor operate, ne-a creat convingerea că această metodă operatorie, ajutată de principii de asistență generală și medicamentoasă, pe lîngă celelalte obiective expuse, realizează și sub acest aspect rezultate concludente și eficiente, atît pentru cel operat, ca și pentru noi ca operatori.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA A III-a

Problema asistenței profilactice

ÎN

PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

Scanned with OKEN Scanner

PROBLEMA ASISTENȚEI PROFILACTICE ÎN PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

În cadrul acestei maladii se pune și problema dacă procesele parodontopatice pot sau nu pot fi prevenite.

Noi, pe baza vastei și îndelungatei noastre experiențe, bazîndu-ne pe aportul considerațiilor expuse în cuprinsul acestei lucrări, asupra modalității de apariție a proceselor și stărilor parodontopatice esențiale, credem că putem răspunde unei astfel de întrebări, afirmativ. Avem convingerea că în mare măsură apariția acestei maladii ca și a multora din această categorie, **poate fi prevenită.**

Problema prevenirii acestor manifestări, lăsînd la o parte factorii locali, atît de mult discutați și incriminați, de igienă buco-odontală neglijată, existența unui dezechilibru ocluzo-articular, o alimentație necorespunzătoare etc., cărora credem că li se atribuie o importanță patogenică nejustificată în raport cu realitățile patologice, — o considerăm că ea se poate analiza și discuta pe baza a doi factori:

— **factorul medical** și
— **factorul vieții și al relațiilor cu fenomenele sociale, economice și politice.**

A. Factorul medical

În decursul dezvoltării unor capitole ale acestei lucrări am expus diverse considerații care sînt bănuite că ar sta la baza explicării mecanismului de instalare și manifestare a proceselor parodontopatice ca și preocupările care au drept scop să remedieze sau cel puțin să atenueze aceste stări, prin aplicarea unei conduite terapeutice bazată pe măsuri de ordin general, pe administrarea unor medicamente sau de extracte de tipul neuro-hormonilor și mai ales pe aplicarea unor principii biochirurgicale speciale.

Prin măsurile preventive se caută ca pe de o parte să se sustragă, să se îndepărteze organismul în cauză de mediul în care trăiește și muncește, considerînd că

Scanned with OKEN Scanner

acest mediu reprezintă un factor cu acțiune nocivă asupra unor astfel de organisme, iar pe de altă parte, cu ajutorul principiilor medicamentoase și neuro-hormonale, se urmărește să se stimuleze, să se reactiveze redresarea funcțiilor organice perturbate — pînă la compensarea acțiunii stărilor incitatorii și apoi restaurarea structurilor organice în procese de dezorganizare.

Dacă s-ar ține seama de aceste elemente etiopatogenice și terapeutice, cu multă certitudine, se pot crea condiții preventive și stărilor disfuncționale și distrofice organice în general și în special proceselor parodontopatice.

Dacă fiecare medic, în activitatea sa de fiecare clipă va ține seama de faptul că organisme cu o tară labilă, susceptibilă deci unor stări maladive, — deseori chiar după primele șocuri ale unor factori incitatori, chiar reduși în calitate, intensitate și durată, cînd mai trăiesc și în condiții anormale de viață, — sînt apte să cedeze unor variate manifestări patologice. Dacă acest medic va ține seama că diverse procese maladive și mai ales procese disfuncționale și distrofice generale ca și cele de la nivelul parodontului, apar și evoluează condiționate după cum acțiunile incitatorii vor găsi structurile organice respective predispuse unor astfel de manifestări, — și dacă acest medic prin posibilitățile sale atît tehnice ca și medicale se va sesiza de fiecare caz, atunci cînd el constată ceva suspect și va lua măsuri imediat, impuse de asemenea manifestări, — cu multă certitudine el, oricare i-ar fi profilul de preocupare, numai îndrumînd suspecții acolo unde trebuie, va aduce o reală contribuție medicală nu numai la problema remedierii, cît mai ales la aceea a prevenirii apariției sau a evoluției agravate a sindromului parodontopatic.

Uneori, unele organisme cu o constituție labilă, deși în viața și activitatea lor sînt mult menajate și supravegheate, totuși, din cauza acestor deficiențe somatice și funcționale vor ceda locul apariției diverselor stigmate de tipul distrofiilor parodontopatice — mult prea precoce, chiar în pragul maturității lor organice. În asemenea împrejurări astfel de organisme trebuie supuse din timp unei asistențe preventive — aplicîndu-le cu toată rigurozitatea măsurile de ordin general și medical pentru a le redresa și a le menține mereu activată vitalitatea și troficitatea lor structurală oarecum deficientă, prevenind în acest mod bineînțeles pe cît posibil apariția stărilor disfuncționale și distrofice generale, recte și a proceselor parodontopatice. Dacă unor astfel de organisme deja le-au și apărut unele stigmate parodontopatice, ele fiind surprinse din fericire în debutul lor, — trebuie să punem în joc toate eforturile medicale care să facă ca acestea să fie jugulate imediat, adică oprite, fie prin reactivarea stărilor organice apatizate, pînă spre echilibru fizio-somatic compensatoriu și reparatoriu, fie atunci cînd acestea nu-și dau roadele scontate să fie îndrumate specialității respective pentru a fi supuse precoce unor intervenții de remediere. Numai așa pot fi prevenite atît instalarea lor, precum și agravarea evoluției lor.

Scanned with OKEN Scanner

Nesocotindu-se importanța fiecărui stigmat parodontopatic mai ales în stadiul lor de debut, apărut în special la nivelul gingiei, trecîndu-se peste ele cu prea multă ușurință, se pot crea organismului, așa cum am arătat în decursul lucrării, grave repercusiuni patologice. Căci dacă aceste procese așa cum am mai menționat, local trădează o stare parodontopatică, pentru restul organismului, ele foarte frecvent pot reprezenta elemente **sau stigmate de alarmă,** adică sînt avertismente atît pentru noi ca și pentru cel în cauză că s-ar putea ca acest element patologic apărut bizar să nu fie numai un accident local gingivo-alveolar, ci să ne facă să suspectăm organismul respectiv și de alte manifestări profunde și discrete chiar mai depărtate de parodont. De aceea astfel de **stigmate parodontopatice** deseori devin și foarte utile în preocupările științelor medicale, ele trădînd stări patologice latente sau fruste — ajutîndu-ne în acest mod să luăm măsuri preventive fericite — pentru a anihila sau jugula evoluția unor astfel de stări, chiar din prima lor fază, adică înainte de a ajunge în stadiul lor de manifestare evidentă clinică, radiologică etc. oricărui organ sau sistem căruia el i-ar aparține.

Sînt probleme care trebuie avute în considerație ori de cîte ori se face un examen general și stomatologic. Elementele parodontopatice au deseori **o mare importanță în semiologia clinică.** Ele pot servi clinicianului la depistarea unor manifestări disfuncționale sau procese organice profunde și fruste în egală valoare semiologică ca și elementele patologice găsite la examenul fundului de ochi. Așa cum am arătat în capitolul concomitențelor patologice, — sindromul parodontopatic nefiind decît rareori un accident izolat apărut primar pe ecranul sănătății omenești, ci foarte frecvent fie că evoluează concomitent, fie că complică secundar alte sindroame anatomo-clinice, **iar prin exteriorizarea sa precoce va avea rolul unui avertisment,** va da alarma că organismul respectiv în aparență sănătos, totuși trebuie să-l suspectăm prin probe și examene, de deficiențe funcționale grave și poate și de leziuni profunde care ar mina starea lui fizio-somatică, luînd măsurile impuse de fiecare caz. **Principiul asistenței preventive trebuie să cedeze neîntîrziat locul măsurilor de remediere propriu-zise locale și generale** ori de cîte ori manifestările parodontopatice fruste sau evidente nu prezintă nici o tendință nu numai de ameliorare, oprire și retrocedare dar nici de stagnare a evoluției lor progresive chiar după cele mai atente și conștiincioase măsuri de asistență.

Aceste principii ale asistenței preventive de asemenea trebuie să reprezinte o preocupare deosebită și îndelungată și a celor operați și tratați, timp îndelungat de la data operației lor, căci deși acestora li s-a realizat o reactivare locală, redresîndu-se din apatia ei vitalitatea și troficitatea organică alterată, totuși ei nici un moment nu trebuie să nesocotească faptul că o tară organică susceptibilă spre procese disfuncționale și distrofice sub acțiunea unor stări incitatorii mai puternice care ar surveni la un moment dat, ele ar putea reapare, fie în aceleași structuri sau

Scanned with OKEN Scanner

în altele și poate uneori cu caractere de manifestări chiar mai grave ca cele preoperatorii.

Noi rezervăm în preocupările noastre practice acestui capitol de asistență preventivă postoperatorie, o deosebită și îndelungată grijă, deoarece numai în acest mod avem convingerea că prin măsurile de asistență generală, medicamentoasă, hormonală etc. asigurăm succesul tratamentelor după principiile expuse și consolidăm prin ele durata efectelor postoperatorii.

În cadrul preocupărilor cu problema preventivă a parodontopatiei esențiale, un loc deosebit de important este rezervat examenelor în masă pe care le facem marilor colective de muncă, chiar pe locul unde ei muncesc. Prin aceste examene făcute de o brigadă de stomatologi, bine orientată în problemă, se urmăresc mai multe obiective, fiecare cu importanța sa.

Astfel în primul rînd se caută stabilirea **indicelui de morbiditate parodontopatică** la membrii respectivei colectivități, aparent sănătoși și cu potențial de muncă.

Odată stabilit acest indice, toți depistații sînt luați în evidență, studiați caz cu caz, fie sub raportul coincidențelor de dependențe, sub-dependențe sau concomitențe patologice, fie sub raportul unei asistențe care trebuie să li se acorde. În vederea acestui scop sînt constituiți în loturi, după care prin medicul întreprinderii sînt dirijați spre serviciul de asistență curativă, unde li se întocmesc fișe speciale completate cu toate examenele mai importante de laborator, radiografice. Cei care prezintă procese distrofice evolutive în limitele încă ale unei operabilități optime sau satisfăcătoare, imediat sînt supuși operațiilor respective, ceilalți sînt dirijați după caz, după avulsiile dinților compromiși și pregătirea arcadelor alveolare, — serviciilor pentru restaurări și completări protetice.

Prin sistemul acesta de dispensarizare a procentajului considerabil de parodontopați depistați se poate ajunge să se realizeze o asistență din cele mai eficiente din toate punctele de vedere (medicale, morale, sociale, economice) și redarea lor în circuitul muncii productive.

B. **Factorul vieții și relațiile ei cu fenomenele sociale, economice și politice de mediu**

Mediul natural și economico-social în care viața se desfășoară după anumite legi fundamentale care o caracterizează, are o deosebită importanță pentru organismul omenesc, deoarece atunci cînd intervin, în acest mediu, unele condiții anormale, de deviere de la evoluția firească a lucrurilor, echilibrul fizio-somatic și psihic al organismelor respective, indiscutabil se va resimți în evoluția desfășurării sale.

Scanned with OKEN Scanner

Credem că prin nesocotirea acestor legi, atunci cînd ele nu se mai află în condiții normale, se comit multe erori în interpretarea fenomenelor fiziopatologice pe care unele organisme le încearcă sub acțiunea lor.

Sînt legi care, după părerea noastră, trebuie considerate ca un rol deosebit de important în fenomenele de perturbare, alteori și manifestare a stărilor fizio-somatice normale și patologice. Acestea sînt **legile de acțiune ale mediului și ale fenomenelor sale asupra organismelor,** pe de o parte, și, pe de altă parte, sînt **legile de reacție ale organismelor față de acțiunile șocurilor incitatorii ale factorilor incitatori produși de mediul care condiționează viața și în care se desfășoară fenomenele ei.**

Așa cum am arătat în alt capitol, există o strînsă dependență între procesele disfuncționale în sensul distrofiilor structurale generale și în special în sensul proceselor parodontopatice, în mod obligatoriu, în vederea rezolvării unor probleme de ordin preventiv care ar sta la baza prevenirii unor astfel de stări maladive, probleme nu imediate ca cele descrise în orice tratat de patologie, ci mediate, adică situate pe un plan mai depărtat față de momentul apariției manifestării respective. Trebuie să privim de astă dată viața și fenomenele sale prin prisma desfășurării și a subordonării ei și altor factori decît cei patogeni, adică acțiunii masive a factorilor sociali, economici și politici asupra echilibrului unor astfel de organisme:

Nu vom putea interpreta, în mod concludent caracterele de manifestare anatomo-clinice, gravitatea fenomenelor fizico-patologice etc. ale unei stări parodontopatice, dacă nu vom analiza element cu element condițiile de viață ale celui bolnav în raport cu mediul social, familial, de muncă; condițiile economice în care acesta își desfășoară activitatea, privațiunile la care este supus ca și eforturile și necazurile pe care le depune acesta pentru redresarea lor; de asemenea și alți factori cărora este subordonat modul său de viață și muncă constituie elemente necunoscute, și de multe ori suficient de nocive echilibrului fizio-somatic și psihic pentru unele organisme care genetic ar prezenta deja o tară predispozantă spre stări maladive.

Asupra acestei părți din acest capitol, în afară de a face cele cîteva enunțări de mai sus nu mai insistăm deoarece asemenea probleme, fie luate separat, fie privite într-o formă mai complexă, constituie preocupări vaste ale altor discipline ale științelor economico-sociale ca și medico-sociale, științe care depășesc cadrul scopului acestei lucrări.

Totuși de la nivelul activității noastre, ținem să menționăm și chiar să subliniem rolul deosebit de important pe care îl au legile și fenomenele mediului de viață și activitate asupra organismului și în asistența preventivă și curativă în sindromul parodontopatiei esențiale.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Alderholden R. — Klinische Enzimologie. Georg Thieme, Stutgart, 1958.
Althoff Walter — Ein Beitrag zur spezifischen und unterstutzenden Interntherapie der Zahnfleisch und Zahnbetterkrankungen. Zahnaerztl, 48, 1939.
Ayllon P. (Lima) — Terapia Parodontal en la clasa primera. XVIII Kongr. Int. ARPA, 1966, Berlin.
Ayllon P. (Lima) — Pyorrhées alvéolaires et paradentose. Parodontologie, 3, 1949.
Beyamini (Florence) — Les facteurs constitutionnels dans l'étiologie des maladies du paradentium. II Kongr. Int. Stom., 1935.
Beyer Ernst — Endogene Faktoren der Paradentose. Dtsch. Zahnaerztl. Woch. 43, 1940.
Beyerler K. — Funktionelle Behandlung der Paradentose. Paradentium, 11, 1939.
Berghagen N. (Stockholm) — The topography of periodontal pockets — a three dimensional contrast radiologic study. XVIII Kongr. ARPA Int., 1966, Berlin.
Berghagen N., Lindgren K. (Stockholm) — Some aspects of the surgical treatment in infrabony pockets. XVII Kongr. ARPA Int., 1966.
Biaggi Dora — Paradentose: Aetiologie, Therapie und Prophylaxie. Schw. Mon. für Zahnheilk, 49, 1939.
Bircher Fr. — Drei fundamentale Vershiedene Faktoren bei der Entstehung der Paradentoze. Schw. Mon. f. Zahnheilk, 11, 1939.
Blanca Bueno — Une nouvelle conception pathogénique de la pyorrhée. An. Esp. de Od., 7, 1948.
Bober Heinz — Paradentose und Konstitutionsanthropologie. Paradentium, 10, 1938.
Boecker Hans — Endokriner Status bei Paradentoze. Zahnaerztl. Rdsch., 37, 1928.
Boecker Hans — Endocrine Therapy of Paradentoze. Jour. Dent. Rev., 17, 1938.
Boitel W. — Paradentoze und innere Medizin. Korresp. bl. für Zahnaertze, 66, 1942.
Bojanov B. (Sofia) — Particularités phylogénétiques du parodontium. Congr. Rom. de Parodont, 1967.
Brammer Dr. — Über die Bedeutung des subgingivaler Zahnsteins im Krankheitsablauf der Paradentose. Eine Schriftensammlung über Paradentose zum 60, Geburtstag von Weski, 1939.
Brener Karol. — Richtlinie der Therapie der Erkrankenen des Paradentiums. Paradentium, 10, 1938.
Breustedt A. (Berlin) — Parafunktionen der Zunge als Ursache marginaler Parodontopathien. Kongr. Rom. de Parodont, 1967 (Bucarest).
Carranza F. — Traitement chirurgical de la paradentose. Rev. Odontologica, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1936.
Carranza, Fermin, Rodolfo Er. — Paradensis. Rev. Odont. (Argentina), 4, 1939.
Carrini R. L., Carranza F. A. — Histochemica Distribution of Acid Phosphatase in Hzman Gingiva. J. Periodont, 1958, 29, 34.
Ceria G.(Torino) — Cause degli insuccessi nella Terapia delle affezioni parodontali. XVIII Kongr. ARPA Int., 1966.
Chaput A. (Paris) — Parodontolyse juvénille. XVIII Kongr. ARPA. Int., 1966.
Citron Julius — Die Bedeutung der persoenlichen und der Familien-Anomalie für die Paradentose Frage. Paradentium 2, 1930.

Scanned with OKEN Scanner

Citron Julius — Das Paradentoseproblem in seinem Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen, Schw. Mon. f. Zahnheilk, 42, 1932.
Clementschitsch Fr. und **Kuttkwascher Hans** — Vegetatives Nervensystem und Paradentopathien. Paradentium, 12, 1941.
Crinis Max de — Das Vegetative System in seiner Beziehung zu den Klinischen Krankheitserscheinungen. Dtsch. Med. Woch., 69, 1943.
Crinis Max de — Das Vegetative Nervensystem als Grundlage der Lebensvorgaenge. Dtsch. Med. Woch., 70, 1944.
Cross C. (London) — Some causes of failures in periodontal treatment. XVIII Kongr. ARPA Int., 1966, Berlin.
Dechaume M. — Précis de Stomatologie, 1944.
Dechaume M., Mme Chaput et **Lagarrique** — Le rôle du système neuro-végétatif dans l'étiologie et la pathogénie des paradontolyses. Revue de Stom. 10—11, 1949.
Dechaume M. — Influence des maladies de système sur la pathologie du parodonte. Rev. de Stom., 1—2, 1965.
Dechaume M. — Considérations sur la pathogénie des parodontopathies. Congr. Roumain de Parod., 1967, Bucarest.
Dissard P. (Lyon) — Etude des rapports entre entérocolites chroniques et les parodontolyses: nouvelles perspectives thérapeutiques. XVIII Kongr. ARPA. Int., 1966.
Duyvenez F. — Über den Nutzen der Kapillar Mikroskopischen Untersehung bei Paradentose für die Entscheidung der Frage Kohlensaeure — oder Sauerstoff. Therapie? Eine Schriftensamlung über Paradentose zum 60 Geb. von Weski, 1939.
Entin A. — Pathologie und Therapie marginaler Parodontopathien im Lichte neuer Errungenschaften Ber. IX. Intern. Zahnaertekrongr. Wien, 1936.
Eppinger Hans, Hess R. — Die Vagotonie Samml. Klin. Ash., 1910.
Euler Hermann — Ueber die Entwicklung der Paradentose usw. Paradentium 1, 1940.
Fehr C., Muehlemann H. R. — The Distribution and Degree of Inflammatory Cell Infiltration in the Epithelium of the Interdental, Papilla of the Rot Molar. Parodontologie, 8, 1954.
Feneis H. — Gefüge und Funktion des normalen Zahnfleischbindegewebs. Dtsch. Zahnaerztl. Z. 7, 1952.
Firu P. (et colab.) — L'incidence des parodontopathies chez les enfants avec des maladies générales. Congr. Rom. de Parod., 1967 (Bucarest).
Friez P. (Paris) — La thérapeutique dans les polyalvéolyses précoces. Rev. de Stom., 48, 1944.
Friez P. (Paris) — La pyorrhée alvéolaire, affection révélatrice en pathologie générale. Entr. de Bichet, 1949.
Friez P. (Paris) — Le traitement des pyorrhées. Rapport du XII Congr. Franç. de Stom., 1951.
Frieze W. — Den Andenken von Professor Dr.O. Weski. Dtsch. Zahnaerzt. Z., 1962, Heft 23.
Fröhliche E. — Veränderöng im Gefüge des Zahnfleisch Bindegewebs bei entzündlichen marginalen Zahnbetterkrankungen. Dtsch. Zahnaerztl. Z., 7, 1952.
Fröhliche E. — Das Werk Oskar Weskis heutige Parodontologie. Dtsch. Zahnaerzt. Z., 4, 1963.
Fröhliche E. — Das Zahnfleisch als Spiegel innerer Erkrankungen.
Fröhlich E. — Pathologie und Symptomatologie der marginalen und profunden Zahnbetterkrankungen.
Fröhliche E. — Die chirurgische Behandlung der marginalen Parodontitis.
Glickman J. (Boston) — Occlusione et periodonte. V'Congr. Int. de Stom., 1966.
Goldman H. M. — Gingivectomie, indications, contre-indications et technique. Am. Int. Orthod. and Oral Surgery, 5, 1946.
Goldman H. M. — Histologie Topographie Changes of Inflammatory Origin in the Gingival Fibers. J. Periodont, 23, 1952.
Goldman H. M. — Die Pathogenese der Parodontal — Taschen.
Goldman H. M. — Die frühen Veränderungen an der Gingiva bei Zahnbetterkrankungen.
Goldman H. M. — The pathogenesis of Periodontal Pockets.
Gongora — Traitement de la paradentose. An. Esp. Odontoest 6, 1948.
Gottlieb Berhard — Die Alveolarpyorrhoe und ihre Behandlung. Zeitschr. f. Stom., 19, 1921.
Gottlieb Berhard, Kronfeld B. R., Weimmann J. — Die Behandlung chronischer paradentaler Eiterungen. Dtsch. Zahnaerztl. Wochen, 31, 1928.
Gottlieb Berhard, Orban B. — Zahnfleischentzündung und Zahnlockerung. Berlin, 1933.
Greve Cristian — Parodontopathie. Zahnaerztl. Rdsch., 53, 1944.

Scanned with OKEN Scanner

Oprișiu Cornel (prof. Cluj): Tratamentul chirurgical al parodontopatiei. Rev. Stom. 1950.
Osipov-Sinești-Grigorie — Die Behandlung der Paradentose durch eine eigene Methode der Einführung von tibialen Homotransplantaten. Dtsch. Z. M. und Kiefercheil, 8, 1941.
Osipov-Sinești Grigorie — Stigmate ale senescenței juvenile în sindromul « Paradentopathia Essentialis » Rapport la I Congr. National de Gériatrie, mai 1964, Deva.
Osipov-Sinești Grigorie — Prophylaktische Prinzipien in der Behandlung des Syndroms der Parodontopathia Essentialis. Congr. Int. de Stom. Budapest, 1964.
Osipov-Sinești Grigorie — Ma « Méthode opératoire » dans le traitement de la parodontopathie essentiele — présentée dans un film color 16 mm au IV Congrès Int. du Film Scientifique, septembre 1965.
Osipov-Sinești Grigorie — Parodontopathia Essentialis. Conception d'interprétation et résolution thérapeutique par une méthode personnelle. XVIII. Congr. ARPA Int., mai 1966, Berlin-West.
Osipov-Sinești Grigorie — La parodontopathie essentielle. Quelques éléments physiopathologiques de la conception d'interprétation et résolution thérapeutique par une méthode chirurgicale. Rapport au V Congr. Int. de Stom., 1966, Roma.
Osipov-Sinești Grigorie — Paradentopathia Essentialis — problema în ansamblu expusă în 12 conferințe ilustrate cu diapozitive și demonstrație cu filmul corespunzător. Martie 1967 la inițiativa Institutului Odonto-Stomatolog. Prof. Bertolini, Reggio Emilia, Italia.
Osipov-Sinești Grigorie — La Parodontopathie Essentielle. Eléments introductifs etc. Revue Franç. d'Odont. Stom., 2, 1967.
Osipov-Sinești Grigorie et colab. — Les corrélations des parodontopathies essentielles avec quelques syndromes de la pathologie générale. Congr. Nat. de Parodont., 1967 (Bucarest).
Osipov-Sinești Grigorie și colab. — Parodentopathia Essentialis (o paradentoses) sindrome anatomo clinico y radiologica An. Esp. de Odontoest. 2, 1968, Madrid.
Osipov-Sinești Grigorie și colab. — La Parodontopathie essentielle. Conception et méthode opératoire, exposée par 4 conférences complétées par des démonstrations opératoires. Oct., 1968, Grenoble.
Osipov-Sinești Grigorie — Parodontopathia Esentiala — concepție de interpretare și metoda operatorie — expunere cu demonstrații operatorii. Acțiune specială în centrele universitare. Cluj, Timișoara și Tg. Mureș, Dec. 1967 și ianuarie 1968.
Osipov-Sinești Grigorie și colab.—Aspecte electrocardiografice în R.E. Rev. Med. Int. nr. 9, 1971.
Palazzi Silvio — Trattato italiano di odontologia, Milano, 1942.
Pakkala-Helminenn Eva (Tampere) — Periodontal Conditions in a finish Material. Congr. Nat. de Parod., 1967 (Bucarest)
* * * — Parodontologie — XVII Congrès. ARPA Int., Athène, 1964.
* * * — Parodontologie — XVIII Congrès ARPA Int., Berlin, 1966.
Paschkis Karl — Chimical Endocrinology. Edit. III, New York, 1967.
Pichler Hans — Die chirurgische Behandlung der Paradentose. Zeitschr. f. Stom., 37, 1939.
Roccia B. — Malattie del ricambio e del sistema endocrine nell etiologia delle paradentosie e paradentiti. Ann. Clin. Odont., 15, 1938.
Roccia B. — Krankheiten des Stoffwechsels und endocrinen Systems bei der Aetiologie de Paradentose und der Paradentitiden. Zahnaerztl. Rdsch., 49, 1940.
Rousseau-Decelle — Considérations générales sur la pyorrhée et son traitement. Rev. de Stom., 377, 1925.
Rusu M. (și colab.) — Les facteurs neuro-psychiques dans l'étiologie des parodontopathies chez les enfants. Congr. Nat. de Parod., 1968, Bucarest.
Saenz de la Calzada I. — Synthèse et état actuel du traitement chirurgical de la pyorrhée alvéolaire. An. Esp. Odontoest., 6, 1947.
Saenz de la Calzada I. — Les facteurs généraux de la parodontose. V Congr. Int. de Stom., 1966, Roma.
Salenz de la Calzada I. — Les conceptions actuelles sur la pyorrhée alvéolaire. Congr. Nat. de Parod., 1967, Bucarest.
Schneider U. K., Muehlermann H. R. — Frühstadien des Zahnsteins. Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 1959.
Siegmund H. — Das Paradentium als funktionelles System. Eine Schriftensammlung über Paradentose, zum 60 Geburtstag von Weskim, 1939.

Scanned with OKEN Scanner

Stănescu Vasilica, Rimbasiu Marius — La conception Osipov-Sinești, d'interprétation et de résolution de la parodontopathie essentielle. Rev. franç. d'odonto-stomatologie, juillet, 1969.
Sukin — Rôle joué par les endocrines et les vitamines dans la paradentose. Journ. Dent. Med. N. Y., 1, 1948.
Vincent René — La pyorrhée dans le cadre de la médicine générale, 1946, Ed. Masson.
Wannenmacher Eugen — Betrachtungen zur Aetiologie und Pathogenese der Paradentopathien. Deutsche. Z.M.A.K., 8, 1941.
Weski O. — Roentgenologisch-mikroskopische Studien aus dem Gebiet der Kieferpathologie. Korresp. Bl. Zahnaerzte, 1914.
Weski O. — Die praktische Bedeutung des Zahnärztlichen Roentgenstatus. Zahnaerztl., Rdsch., 29, 1920.
Weski O. — Das Roentgenbild als diagnotisches Hilfsmittel für eine zweckmaessige Wurzelbehandlung. Zahnaerztl. Rdsch. 29, 1920.
Weski O. — Die chronischen marginalen Entzündungen des Alveolarfortsatzes mit besonderer Berücksichtigung der Alveolar-pyorrhe. Vjschr. Zahnheilk., 1921.
Weski O. — Die Roentgendiagnostik bei marginalen Paradentosen. Zahnaerztl. Rdsch., 1921.
Weski O. — Bemerkungen zu den Ausführungen Habers über die Einteilung der Horizontal- und Vertikalatrophie. Zahnaerztl. Rdsch., 1925.
Weski O. — Allgemeine Gesichtspunkte der Aetiologie der Paradentose und ihre Kausale Therapie. Zahnaerztl. Rdsch., 37, 1928.
Weski O. — Die Paradentose. L'Odont. B., 7, 1930.
Weski O. — Paradentose oder Paradentitis. Zahnaerztl. Rdsch., 1931.
Weski O. — Paradentopathien und Paradentose Zahnarztl. Rdsch., 1937.
Weski O. — Die sogenannte Paradentitis Dtsch. Zahnaerztl. Z., 4, 1949.
Usineviciu A. (Cluj) — Contributions à l'étude des mécanismes nerveux centraux dans les parodontopathies. Congr. Nat. de Parod., 1967, Bucarest.

Scanned with OKEN Scanner

Redactor de carte: Dr. GEORGE ALGEORGE
Tehnoredactor: VIOLANDA LEORDEANU

Bun de tipar: 15.XII.1975. Formatul: 16/70×100.
Hîrtie: Cretată 70×100/70. Coli de tipar: 14,25.
Tiraj: 4500+70+40 exemplare.

Tiparul executat de: I. P. „Arta Grafică"

Scanned with OKEN Scanner